



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



Mariana Coimbra Ferreira de Almeida

Promoção da Saúde depois dos 65 anos
Elementos para uma política integrada
de envelhecimento

(Vol. I)

Tese submetida para obtenção do grau de
Doutor em Saúde Pública
Especialidade Promoção da Saúde

Orientação:
Professora Doutora Ana Alexandra Fernandes
Professora Doutora Maria Isabel Loureiro

Lisboa, 2009

Bolsa de doutoramento co-financiada pelo POCI 2010 e FSE



Programa Operacional Ciência e Inovação 2010
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



Agradecimentos

A expressão da minha sincera gratidão a todos os que me apoiaram ao longo deste percurso terá chegado, espero, de forma mais expressiva por outras vias... Aqui fica tão-somente um brevíssimo registo mais formal dos meus agradecimentos:

À comissão tutorial, incluindo para além das orientadoras, Prof.^a Doutora Ana Fernandes e Prof.^a Doutora Isabel Loureiro, ainda o Prof. Doutor Julian Perelman, pelo apoio, incentivo e resistência!

Aos professores, funcionários e colegas da ENSP que, de modos vários, nas suas diversas funções, contribuíram para este empreendimento.

A quem, apesar de pertencer a outras instituições, respondeu generosamente às minhas solicitações. Em particular, um agradecimento muito especial ao Prof. Dr. Rui Brites, do ISCTE, pelas suas explicações, sugestões, entusiasmo e extraordinária disponibilidade. Também à Prof.^a Doutora Rosa Novo pelo apoio bibliográfico e disponibilidade manifestada.

Às pessoas que acederam a ser entrevistadas, fazendo dádiva do seu tempo e da intimidade das suas histórias de vida – com um agradecimento também para as instituições que facilitaram condições para a realização das entrevistas.

À família, aos amigos (e até à família dos amigos!), para com quem a minha dívida de gratidão é ainda mais difícil de descrever face aos inumeráveis apoios, tanto pessoais como ‘técnicos’.

Finalmente, à FCT / programa de bolsas de doutoramento que viabilizou esta fantástica oportunidade profissional e pessoal.

Uma palavra ainda para todas as pessoas e entidades que, em vários pontos do mundo, disponibilizam, através da internet, o acesso a dados, documentos, cursos, conferências, debates, ... um manancial de informação sem o qual este trabalho não teria sido possível.

Este trabalho beneficiou de bolsa de investigação da
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
no âmbito do POCI 2010 – Formação Avançada para a Ciência – Medida IV.3
(referência SFRH/BD/18711/2004)

Resumo

A presente tese explora o contributo de uma abordagem de Promoção da Saúde para o desenvolvimento de uma política integrada relativa ao envelhecimento e às pessoas idosas. Propôs-se, em particular, reunir **elementos de apoio à fundamentação de medidas e políticas nacionais promotoras da saúde e bem-estar das pessoas de 65 e mais anos em Portugal**.

- Delineia-se o **enquadramento conceptual** - *referencial PromS* - que clarifica a perspectiva de Promoção de Saúde adoptada. Um entendimento abrangente, positivo e multideterminado da saúde, a par do ênfase nos valores de equidade e de *empowerment* são alguns dos traços centrais desta abordagem.
- Conjugam-se dados empíricos quantitativos e qualitativos, concorrendo para o **diagnóstico da situação de saúde** da população de 65+ anos em Portugal:
 - estudo qualitativo explorando as concepções leigas de saúde de pessoas idosas, discutidas em termos de literacia de saúde e de dimensões, determinantes e modos de acção sobre a saúde valorizados;
 - perfil de saúde da população portuguesa de 65+ anos, caracterizando o seu estado de saúde/ bem-estar e factores (individuais e sociais/ambientais) que o influenciam; recorre a indicadores de diversas fontes, incluindo, quando possível, uma dimensão comparativa com outros grupos etários e outros países europeus;
 - análise do padrão e magnitude de desigualdades sociais em resultados e determinantes de saúde das pessoas idosas em Portugal (dados do ESS3);
 - breve análise de medidas/políticas nacionais relevantes para a saúde deste grupo populacional.
- Sugerem-se objectivos e áreas prioritárias para a **actuação**, bem como algumas estratégias e aspectos do dispositivo de intervenção a contemplar na formulação e implementação de uma política nacional de saúde dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: *promoção da saúde; pessoas idosas; indicadores de saúde; desigualdades sociais em saúde; conhecimento leigo; políticas de saúde*

Abstract

The thesis explores contributions of a health promotion approach to the development of an integrated ageing policy. More specifically, it offers several elements in support of policies/measures promoting the health and well-being of people aged 65+ in Portugal.

- A **conceptual framework** - *PromS* - clarifies the health promotion approach adopted, stressing a comprehensive and positive understanding of health and its multiple determinants and emphasising the values of equity and empowerment.
- Quantitative and qualitative data are combined to render an **assessment of the health situation** of the over-65 population in Portugal, comprising:
 - a qualitative study exploring older people's lay views on health, discussed in terms of health literacy and favoured health dimensions, determinants and actions;
 - a health profile of the Portuguese population aged 65 and over, covering health status and well-being and several determining factors (individual and social /environmental); it uses indicators from several sources, including, whenever possible, a comparison with other age groups and other European countries;
 - an analysis of pattern and magnitude of social inequalities in health outcomes and in the distribution of some of its determinants among elderly people in Portugal (ESS3 data);
 - a brief review of some national policies/measures pertinent to this group's health.
- Objectives and priority areas for **action** are suggested, along with possible strategies and guidelines on infrastructure and processes regarding the formulation and implementation of a national health policy for older people.

KEYWORDS: *health promotion; older people; health indicators; social inequalities in health; lay knowledge; health policy*

ÍNDICE GERAL

1º VOLUME

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Índice Geral	v
Índice de Quadros e Figuras	x
Siglas, Abreviaturas e alguns Conceitos	xiii
INTRODUÇÃO	1

PARTE I – ENQUADRAMENTO: Referencial de Promoção da Saúde

Cap. 1 Promoção da Saúde: Uma proposta de Referencial – PromS	7
A. Enquadramento prévio – Breves coordenadas da Promoção da Saúde	8
A.1. Um ponto de referência central	8
A.2. Diversidade, incertezas, tensões e desafios	9
B. Uma Proposta de Referencial - PromS	14
B.1. Introdução	14
B.2. Estrutura Geral	15
B.3. Desenvolvimento	16
3.1. Princípios Transversais	16
3.1.1 Coerência	16
3.1.2 Conhecimento actual	16
3.1.3 Meio envolvente	18
3.1.4 Sustentabilidade	18
3.2. Componente (I) Concepção de Saúde	19
3.3. Componente (II) Intervenção de PromS	21
3.3.1. Objectivos ou Resultados/Outcomes de PromS	22
3.3.2. Estratégias/Actividades	23
3.3.3. Valores/Princípios	25
3.4. Componente (iii) Dispositivo de Intervenção	26
3.4.1 Intervenientes	27
3.4.2 Planeamento	28
3.4.3 <i>Capacity Building</i>	28
3.4.4 Informação e Conhecimento	29
3.4.5 Articulação, Colaboração Intersectorial, Parcerias	30
3.4.6 Participação	30
C. Síntese e Implicações	31

Cap. 2 PromS 65+: Um referencial para a definição de objectivos – 65+ anos	33
A. Concepção de Saúde 65+	34
B. Objectivos de PromS 65+	42
B.1. Resultados de Saúde e Impactos Globais	42
B.1.1. Ganhos em Saúde: Realizar o Potencial	42
B.1.1.1. Mortalidade / Longevidade	42
B.1.1.2. Morbilidade: Doenças e outras Condições de Saúde específicas	44
B.1.1.3. Funcionalidade/Incapacidade	49
B.1.1.4. Saúde Subjectiva ou Auto-Avaliação de Saúde	58
B.1.1.5. Bem-Estar (BE), Qualidade de Vida (QV) e outros resultados globais	59
B.1.2. Desigualdades Sociais em Saúde – uma questão transversal	67

B.2. Resultados Intermédios / Determinantes da Saúde	74
B.2.1. Características e Respostas Individuais	74
B.2.1.1. Património genético e factores biológicos	74
B.2.1.2. Factores psicológicos	76
B.2.1.3. Comportamentos	84
B.2.1.4. Transições, Acontecimentos de Vida e Stress	90
B.2.2. Contexto de Vida	93
B.2.2.1. Ambiente Social	95
B.2.2.2. Ambiente Físico	102
B.2.3. Do Indivíduo ao Macro-Contexto	108
B.2.3.1. Posição socioeconómica (PSE) e factores associados	108
B.2.3.2. Actividade laboral/produziva	116
B.2.3.3. Aprendizagem ao longo da vida, informação, capacity building, literacia	117
B.2.3.4. Sistemas/Serviços de Saúde, Sociais e outros. Factores Macro-estruturais	120
B.2.4. Ainda outra questão transversal: Empowerment	124

PARTE II – DADOS EMPÍRICOS: Situação em Portugal

Cap. 3 Concepções Leigas de Saúde: A perspectiva das pessoas idosas	129
A. Introdução/ Fundamentação	130
B. Metodologia	139
B.1. Enquadramento geral	139
B.2. Procedimento – linhas gerais	140
B.3. Qualidade, (De)limitações e Considerações éticas	142
C. Resultados e Discussão	144
C.1. Importância da Saúde. Domínios e factores de Qualidade de Vida / Bem-estar	144
C.1.1. As perguntas	144
C.1.2. A análise	144
C.1.3. As respostas	145
1.3.1. Principais domínios relevantes para a QV/BE	145
1.3.2. O valor atribuído à saúde	150
C.1.4. Discussão	150
C.1.5. E síntese	158
C.2. Conceito de Saúde. Avaliação, Definições, Determinantes da Saúde	159
C.2.1. As perguntas	159
C.2.2. A análise	159
C.2.3. As respostas	159
2.3.1. Auto-avaliação da Saúde	159
2.3.2. Definições de Saúde	166
2.3.3. Influências sobre a saúde - Determinantes percebidos	168
C.2.4. Discussão	189
2.4.1. O Conceito de saúde: Definição e avaliação de saúde	189
2.4.2. Explicações/Determinantes da saúde	196
2.4.3. Um primeira abordagem a um tema transversal: Controle	203
C.2.5. E síntese	206
C.3. Agir sobre a Saúde: Do controle individual à participação colectiva	210
C.3.1. As perguntas	210
C.3.2. A análise	210
C.3.3. As respostas	211
3.3.1. Controle percebido sobre a saúde	211
3.3.2. Modos de acção sobre a saúde	213
C.3.4. Discussão	221
3.4.1. Controle percebido	222
3.4.2. Consciência crítica – Um pré-requisito para controle/influência	223
C.3.5. E síntese	234
D. Implicações gerais	236

Cap. 4 Desigualdades Sociais em Saúde: Estudo Preliminar	237
A. Introdução	238
B. Metodologia	239
B.1. Opções metodológicas – Fundamentação	239
B.2. Dados, Amostra, Variáveis e Análise Estatística – Síntese	246
C. Resultados	249
C.1. Elementos de enquadramento: Distribuição (univariada) dos estratificadores de equidade e resultados de saúde	249
C.2. As desigualdades de saúde entre estratos sociais: Análise Bivariada	250
2.1. Caracterização detalhada: Gradientes de Saúde e Bem-estar	250
2.2. Caracterização detalhada: Quantificação das desigualdades sociais na saúde. Comparação de indicadores e medidas de associação	251
2.3. Comparação de amostras (Portugal e países europeus; homens e mulheres portugueses) e Medidas sintéticas	255
C.3. Implicações a nível populacional: Medidas de Impacte	258
C.4. Efeitos ajustados dos factores sociodemográficos: Análise Multivariada	261
D. Conclusões gerais	264
Cap. 5 Perfil de Saúde – Portugal 65+	267
A. Introdução: Fundamentação, Objecto e Metodologia	268
B. Resultados e Discussão	276
B.1. Situação SOCIODEMOGRÁFICA	276
B.1.1. População	276
B.1.2. Situação quanto à Coabitação	277
B.1.3. Determinantes Socioeconómicos	279
B.2. ESTADO DE SAÚDE e outras dimensões globais	284
B.2.1. Taxas de mortalidade, Esperança de vida e Esperança de saúde	284
B.2.2. Condições específicas - Mortalidade e Morbilidade	286
B.2.3. Funcionalidade / Incapacidade	295
B.2.4. Saúde Subjectiva	298
B.2.5. Bem-Estar (BE) e Qualidade de Vida (QV)	299
B.3. DETERMINANTES da Saúde	306
B.3.1. Características e Respostas Individuais	306
B.3.1.1. Factores Biológicos	306
B.3.1.2. Factores Psicológicos	307
B.3.1.3. Comportamentos	314
B.3.1.4. Acontecimentos de vida e Stress	319
B.3.2. Cuidados e práticas individuais de saúde	320
B.3.3. Ambiente Social	322
B.3.3.1. Redes e Suporte Social	322
B.3.3.2. Abuso e (In)segurança	326
B.3.3.3. Coesão/Capital social e Participação	327
B.3.4. Ambiente Físico	333
B.3.4.1. Habitação	333
B.3.4.2. Zona de Residência / Ambiente Local	340
B.3.4.3. Transportes	343
B.3.4.4. Tecnologia	343
B.3.5. Empowerment	345
B.3.6. (Uma nota sobre as) Desigualdades sociais em saúde	348

PARTE III - PARA UMA POLÍTICA PROMS65+ EM PORTUGAL

Cap. 6 Síntese: Linhas gerais para um Diagnóstico	349
6.1. Centralidade da temática do envelhecimento	350
6.2. Estado de saúde	352
6.2.1. Saúde Global	352
6.2.2. Funcionalidade/Incapacidade	353
6.2.3. Doenças e Problemáticas específicas	353
6.3. Bem-estar e Qualidade de Vida	356
6.4. Diferenças - e Iniquidade	357
6.4.1. Idade	358
6.4.2. Género	358
6.4.3. Posição socioeconómica	358
6.4.4. Critérios geográficos	362
6.5. Multideterminação	363
6.5.1. Rendimento e Educação	364
6.5.2. Habitação e Zona de Residência	365
6.5.3. Redes, Suporte, Coesão e Participação Social	369
6.5.4. Factores psicológicos	373
6.5.5. Comportamentos/práticas de saúde	375
6.5.6. Actividade/Participação	377
6.6. Empowerment e Literacia de Saúde	380
Cap. 7 Para lá das Conclusões: Linhas gerais para a Actuação	385
7.1. Enquadramento geral	386
7.1.1. Elementos de REFERÊNCIA CONCEPTUAL	386
• Um entendimento abrangente de saúde:	386
• Equidade - uma questão transversal:	387
• Empowerment. Agência e estrutura:	387
7.1.2. Elementos de DIAGNÓSTICO	389
7.2. Pistas de actuação	389
7.2.1. Quanto a OBJECTIVOS	390
a. Natureza dos Objectivos	390
b. Hipóteses de Áreas Prioritárias para uma Política PromS65+ em Portugal	391
1. Recursos para Viver - em segurança e paridade	391
2. Uma Casa Própria	393
3. Espaços para todos	396
4. Ligações saudáveis	400
5. Estratégias e recursos de adaptação	403
6. Um tempo de actividade	404
7. Mais informação, novas competências	406
8. Voz e Decisão	410
9. Cuidados promotores da saúde	413
10. Poder cuidar de si	416
7.2.2. Quanto ao DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO	419
a. Mecanismos de articulação/integração	419
• Nível Global – Nacional – Regional – Local	419
• Intersectorialidade e parcerias	419
• Participação	421
b. Capacity building	423
c. Informação e conhecimento	424
EPÍLOGO	426
Referências Bibliográficas e Outras Fontes	427

ANEXOS

ANEXO 1 ao Cap. 3 [III-A1] – Método detalhado: Amostra, Recolha e Análise de dados	1-5
ANEXO 2 ao Cap. 3 [III-A2] – Entidades contactadas para entrevistas	1
ANEXO 3 ao Cap. 3 [III-A3] – Guião-Base de entrevista	1-2
ANEXO 4 ao Cap. 3 [III-A4] – Tópicos/Domínios de Vida: comentários gerais	1-31
ANEXO 5 ao Cap. 3 [III-A5] – Dados “Saúde e Doença”	1-5
ANEXO 6 ao Cap. 3 [III-A6] – Dados ESS3	1-2
ANEXO 7 ao Cap. 4 [IV-A7] – Dados Desigualdades Sociais Saúde: Estudo preliminar ...	1-22
ANEXO 8 ao Cap. 5 [V-A8] – Dados Perfil PT65+: Descrição-Base (todas as variáveis)	1-80
ANEXO 9 ao Cap. 5 [V-A9] – Dados Perfil PT65+: Associação de Variáveis (ESS3)	1-28
ANEXO 10 geral [A10] – Fontes de Dados: Algumas Bases de Dados e Estudos	1-4
ANEXO 11 geral [A11] – ESS3 - European Social Survey, round 3	1-9

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

<i>nº</i>	<i>título</i>	<i>secção, pág.</i>
Figuras		
Fig. 01-0	Estrutura geral.....	Introd., 5
Fig. 01-I	PromS – Eixos Centrais	Cap. 1, 15
Fig. 02-I	O referencial PromS e a investigação desenvolvida	Cap. 1, 32
Fig. 01-II	Desigualdades Sociais em Saúde - Esquema geral.....	Cap. 2, 73
Fig. 01-III	Hipótese de Matriz: Importância/Convicção face aos Determinantes X Indivíduo	Cap. 3, 186
Fig. 01a-IV-A7	Distribuição (univariada) dos Estratificadores de Equidade	Anexo 7, 2
Fig. 01b-IV-A7	Distribuição (univariada) dos Resultados de Saúde.....	Anexo 7, 3
Fig. 02-IV-A7	Resultados de Saúde por Grupo Sociodemográfico	Anexo 7, 4-5
Fig. 03-IV-A7	Comparação de Indicadores e Medidas.....	Anexo 7, 6-7
Fig. 04-IV-A7	Comparação Amostras: Portugal e outros países Europeus.....	Anexo 7, 8-10
Fig. 05-IV-A7	Índices Sumativos de Associação e de Impacto	Anexo 7, 11
Fig. 06-IV-A7	Análise Multivariada: Regressão	Anexo 7, 12
Fig. 07-IV-A7	Medidas de associação detalhadas	Anexo 7, 13-22
Fig. 08-IV	Excertos de Resultados	Cap. 4, 263
Fig. 01-V-A8	População	Anexo 8, 1
Fig. 02-V-A8	População (cont.)	Anexo 8, 2
Fig. 03-V-A8	População - Distribuição Geográfica	Anexo 8, 3
Fig. 04-V-A8	Contexto de Vida.....	Anexo 8, 4
Fig. 05-V-A8	Contexto de Vida/Situação Coabitação.....	Anexo 8, 5
Fig. 06-V-A8	Educação	Anexo 8, 6
Fig. 07-V-A8	Actividade Económica.....	Anexo 8, 7
Fig. 08-V-A8	Meio de Vida e Rendimento	Anexo 8, 8
Fig. 09-V-A8	Pensões e outras prestações da Segurança Social.....	Anexo 8, 9
Fig. 10-V-A8	Pensões - Distribuição geográfica.....	Anexo 8, 10
Fig. 11-V-A8	Desigualdade na distribuição do rendimento e Pobreza	Anexo 8, 11
Fig. 12-V-A8	Estrutura das Despesas	Anexo 8, 12
Fig. 13-V-A8	Esperança de Vida e Esperança de Vida sem Incapacidade - à nascença	Anexo 8, 13
Fig. 14-V-A8	Esperança de Vida e Esperança de Vida sem Incapacidade - aos 65 anos	Anexo 8, 14
Fig. 15-V-A8	Esperança de Vida e Esperança de Saúde - aos 65 anos	Anexo 8, 15
Fig. 16-V-A8	Mortalidade (todas as causas)	Anexo 8, 16
Fig. 17-V-A8	Mortalidade, por (algumas) causas específicas	Anexo 8, 17
Fig. 18-V-A8	Mortalidade, por (algumas) causas específicas (cont.)	Anexo 8, 18
Fig. 19-V-A8	Evolução Mortalidade - Algumas doenças específicas	Anexo 8, 19
Fig. 20-V-A8	Evolução Mortalidade (cont.).....	Anexo 8, 20
Fig. 21-V-A8	Mortalidade associada à temperatura (Portugal) - Dados ilustrativos	Anexo 8, 21
Fig. 22-V-A8	Morbilidade - Sintomas e Doenças Crónicas - Portugal	Anexo 8, 22
Fig. 23-V-A8	Morbilidade - Doenças Crónicas - Portugal e Europa	Anexo 8, 23
Fig. 24-V-A8	Sintomas - Portugal e outros países	Anexo 8, 24
Fig. 25-V-A8	Morbilidade - Cancro	Anexo 8, 25
Fig. 26-V-A8	Saúde Mental - Morbilidade	Anexo 8, 26
Fig. 27-V-A8	Saúde Mental: Sofrimento Psicológico e Vitalidade	Anexo 8, 27
Fig. 28-V-A8	Afectos Negativos e Positivos	Anexo 8, 28
Fig. 29-V-A8	Afectos Negativos e Positivos: Evolução por idade e por países	Anexo 8, 29
Fig. 30-V-A8	Funcionalidade/Incapacidade.....	Anexo 8, 30
Fig. 31-V-A8	Incapacidade/Funcionalidade: Portugal e EU15	Anexo 8, 31
Fig. 32-V-A8	Funcionalidade: Desigualdades	Anexo 8, 32
Fig. 33-V-A8	População residente deficiente	Anexo 8, 33
Fig. 34-V-A8	Saúde Subjectiva	Anexo 8, 34
Fig. 35-V-A8	Saúde subjectiva por Escalão de Rendimento.....	Anexo 8, 35
Fig. 36-V-A8	Satisfação/Qualidade de Vida	Anexo 8, 36
Fig. 37-V-A8	Bem-Estar: Satisfação com a Vida	Anexo 8, 37
Fig. 38-V-A8	Bem-Estar: Diversas dimensões	Anexo 8, 38
Fig. 39-V-A8	Bem-Estar Global - por país.....	Anexo 8, 39
Fig. 40-V-A8	Sintomas de Depressão e outros Afectos Negativos e Positivos	Anexo 8, 40
Fig. 41-V-A8	Factores Individuais/Psicológicos diversos e Stress	Anexo 8, 41
Fig. 42-V-A8	Envolvimento religioso	Anexo 8, 42

Fig. 43-V-A8	Comportamentos - consumos	Anexo 8,	43
Fig. 44-V-A8	Nutrição	Anexo 8,	44
Fig. 45-V-A8	Problemas de Peso/Índice de Massa Corporal	Anexo 8,	45
Fig. 46-V-A8	Actividade Física	Anexo 8,	46
Fig. 47-V-A8	Actividade Significativa - índice e itens	Anexo 8,	47
Fig. 48-V-A8	Ocupação do Tempo - Global: Portugal	Anexo 8,	48
Fig. 49-V-A8	Ocupação do Tempo - Lazer: Portugal e EU15.....	Anexo 8,	49
Fig. 50-V-A8	Uso de medicação.....	Anexo 8,	50
Fig. 51-V-A8	Práticas de saúde / Cuidados preventivos	Anexo 8,	51
Fig. 52-V-A8	Redes e Suporte Social.....	Anexo 8,	52
Fig. 53-V-A8	Redes e Suporte Social: Freq. Contactos	Anexo 8,	53
Fig. 54-V-A8	Redes e Suporte Social: Aval. Subjectiva	Anexo 8,	54
Fig. 55-V-A8	Redes e Suporte Social: Tipos Suporte Social	Anexo 8,	55
Fig. 56-V-A8	Abuso, Violência e outros Crimes contra Pessoas de 65 + anos	Anexo 8,	56
Fig. 57-V-A8	Crime e Percepção de segurança	Anexo 8,	57
Fig. 58-V-A8	Coesão /Capital Social: Nível local.....	Anexo 8,	58
Fig. 59-V-A8	Coesão /Capital Social: Indicadores diversos	Anexo 8,	59
Fig. 60-V-A8	Coesão/Capital Social e Saúde	Anexo 8,	60
Fig. 61-V-A8	Coesão/Capital Social e Saúde (cont.).....	Anexo 8,	61
Fig. 62-V-A8	Participação comunitária, cívica, política - Comportamento Pró-social	Anexo 8,	62
Fig. 63-V-A8	Participação comunitária, cívica, política (cont.).....	Anexo 8,	63
Fig. 64-V-A8	Participação comunitária, cívica, política (cont.): Associações, etc.....	Anexo 8,	64
Fig. 65-V-A8	Informação e Interesse face à Política/Actualidade.....	Anexo 8,	65
Fig. 66-V-A8	Habitação: Tipo; Problemas	Anexo 8,	66
Fig. 67-V-A8	Habitação: Problemas - por nível rendimento	Anexo 8,	67
Fig. 68-V-A8	Habitação: Espaço e outros	Anexo 8,	68
Fig. 69-V-A8	Habitação: Infra-estruturas	Anexo 8,	69
Fig. 70-V-A8	Acidentes Domésticos e de Lazer ocorridos em Casa	Anexo 8,	70
Fig. 71-V-A8	Segurança na Habitação: Elementos de Risco	Anexo 8,	71
Fig. 72-V-A8	Segurança na Habitação (cont.).....	Anexo 8,	72
Fig. 73-V-A8	Acessibilidade - Edifícios.....	Anexo 8,	73
Fig. 74-V-A8	Habitação: Aspectos económicos	Anexo 8,	74
Fig. 75-V-A8	Habitação: Aspectos económicos - Encargos e Rendas	Anexo 8,	75
Fig. 76-V-A8	Satisfação com a habitação	Anexo 8,	76
Fig. 77-V-A8	Qualidade ambiental - ambiente "natural"	Anexo 8,	77
Fig. 78-V-A8	Qualidade ambiental - ambiente construído.....	Anexo 8,	78
Fig. 79-V-A8	Zona de residência: avaliação subjectiva	Anexo 8,	79
Fig. 80-V-A8	Transportes; Tecnologia.....	Anexo 8,	80
Fig. 01-VII	Agir sobre a Saúde.....	Cap. 7,	388

Quadros

Qd. 01-III-A1	Constituição da Amostra	Anexo 1,	2
Qd. 02-III-A5	Práticas de Saúde: Acções para melhorar ou manter o estado de saúde.....	Anexo 5,	1
Qd. 03-III-A5	Informação sobre Saúde: Fonte de informação sobre saúde.....	Anexo 5,	2
Qd. 04-III-A5	Relação com o médico: Informação prestada pelo médico do Centro de Saúde.....	Anexo 5,	3
Qd. 05-III-A5	Relação com o médico: Atitudes	Anexo 5,	3
Qd. 06-III-A5	Relação com os serviços de saúde: Reclamação	Anexo 5,	4
Qd. 07-III-A5	Relação com os serviços de saúde: Satisfação	Anexo 5,	5
Qd. 08-III-A6	Participação política, cívica ou comunitária.....	Anexo 6,	1
Qd. 09-III-A6	Interesse/Informação sobre política/actualidade	Anexo 6,	2
Qd. 01-IV	Síntese de Variáveis	Cap. 4,	247
Qd. 01-IV	Síntese da Análise Estatística	Cap. 4,	248
Qd. 01-V-A9	Desigualdades sociais - Indicadores do ESS3.....	Anexo 9,	1-13
Qd. 02-V-A9	Relação com saúde - Indicadores do ESS3	Anexo 9,	14-28
Qd. 01-A11	Características dos índices criados - Consistência Interna e Variância explicada	Anexo 11,	9
Qd. 02-A11	Características dos Índices de Bem-Estar criados - Correlações.....	Anexo 11,	9

Nota 1: A identificação de Fig./Qd. tem dois ou três componentes, separados por hífen: nº de ordem (sequencial no capítulo/ anexo); capítulo a que respeita, se aplicável (numeração romana); anexo onde se localiza, se aplicável (A...)

Nota 2: Para simplificar identificação e localização, as tabelas e gráficos contidos nos Anexos 7 e 8 recebem sempre designação de Figura e numeração base comum em elementos complementares/mesmo tema/mesma página

Siglas, abreviaturas e alguns conceitos

Siglas: Entidades

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
CDC - Centers for Disease Control and Prevention (dos EUA)
CE - Comissão Europeia
CESCR - Committee on Economic, Social and Cultural Rights (da UN)
CSDH - Commission on Social Determinants of Health (da OMS)
DGS - Direção-Geral da Saúde
EC - European Commission (*ver CE*)
EUROFOUND - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
HEN - Health Evidence Network (da OMS)
INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INR - Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
ISS - Instituto da Segurança Social, I.P.
IUHPE - International Union for Health Promotion and Education
MEKN - Measurement and Evidence Knowledge Network (da CSDH – OMS)
MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE/Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico)
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONSA - Observatório Nacional de Saúde (do INSA)
SFI - Swedish National Institute of Public Health
UN - United Nations (NU/Nações Unidas)
WHO - World Health Organization (*ver OMS*)

Outras Siglas e Abreviaturas*

65+ - pessoas com 65 e mais anos
A1- Anexo 1 (idem para restantes anexos: A2 a A11)
AIVDs - Actividades Instrumentais da Vida Diária [p. 53]
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVDs - Actividades da Vida Diária [p. 53]
BE - Bem-estar (*ver Conceitos*)
BEP - Bem-Estar Psicológico [p. 60 e outras Cap. 2-B.1.1.5]
BES - Bem-Estar Subjectivo [p. 60 e outras Cap. 2-B.1.1.5]
Cap. - capítulo
CB - Capacity Building (*ver Conceitos*)
cf. - confira
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (cf. OMS, 2004)
cit. - citado(a)
CS - Capital Social [p. 97-99]
DF- Diferença de Frequências [Cap. 4; Anexo 7, p. 1]
DL - Decreto-Lei
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
e.g. - exempli gratia/ por exemplo
EB - Eurobarómetro/ Eurobarometer [Anexo 10]
EBS - envelhecimento bem-sucedido/ successful ageing [p. 35-38]
ECHI - European Community Health Indicators
ECHP - European Community Household Panel [Anexo 10]
EHEMU - European Health Expectancy Monitoring Unit [Anexo 10]
EQLS - European Quality of Life Survey, 2003 [Anexo 10]
ESE – Estatuto Socioeconómico (*ver PSE*)
ESS3 - European Social Survey Round 3 [Anexo 11]
EU - (países da) União Europeia

EU15 - os 15 países que integravam a União Europeia antes de Maio de 2004 /UE15
EUA - Estados Unidos da América
EV - Esperança de Vida [Anexo 8, p. 13]
EVSI - Esperança de Vida Sem Incapacidade/Disability-free life expectancy [p. 285]
fig. - Figura
HALE - Health-adjusted life expectancy [p. 285; Anexo 8, p. 13]
HFA-DB - European health for all database (da OMS) [Anexo 10]
HIA - Health Impact Assessment [p. 420]
HiAP - Health in All Policies [p. 420]
HP - Health Promotion/ Promoção da Saúde (*ver Conceitos*)
ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IMC - Índice de Massa Corporal
INS - Inquérito Nacional de Saúde [Anexo 10]
ISCED (1997) - International Standard Classification of Education 1997 [Cap. 4, p. 247]
LC - Lei Constitucional
LCE - life course epidemiology [p. 34]
LS - Literacia de Saúde [p. 119] (*ver Conceitos*)
n.s. – nível de significância
ob. cit. - obra citada
OR - Odds Ratio
OSC - Optimização Selectiva com Compensação (v.g., Baltes, Baltes, 1990) [p. 36-37; p. 81]
PA - Proporção Atribuível [p. 245 e outras Cap. 4; Anexo 7, p. 1]
PAIPDI - 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (2006/2009) [p. 366]
PCHI - Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas [p. 366]
PdS - Promoção da Saúde (*ver Conceitos*)

Siglas e Abreviaturas (*cont.*)*

PNPA - Plano Nacional de Promoção da
Acessibilidade (2006-2015) [p. 367]

PNS - Plano Nacional de Saúde 2004-2010 [Cap. 6]

PNSPI - Programa Nacional para a Saúde das
Pessoas Idosas (integra o PNS) [Cap. 6]

PromS - designa o referencial de Promoção da Saúde
desenvolvido neste trabalho (*ver Conceitos*)

PSE - Posição Socioeconómica (*ver Conceitos*)

PT - Portugal

QV - Qualidade de Vida (*ver Conceitos*)

Resolução CM - Resolução do Conselho de Ministros

RF - Razão de Frequências [Cap. 4; Anexo 7, p. 1]

SDP - Inquérito “Saúde e Doença em Portugal” (Cabral
et al., 2001; 2002) [Anexo 10]

SE - Estratificadores de equidade [p. 240]

S-EB - Special Eurobarometer [Anexo 10]

SILC (ou EU-SILC)- European Union Statistics on Income
and Living Conditions [Anexo 10]

SOC - Sentido de Coerência (SOC)/Sense Of Coherence,
de Aaron Antonovsky [p. 81]

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

trad. pr. - tradução própria/ da autora

UE - União Europeia

UK - United Kingdom (Reino Unido)

US - United States (*ver* EUA)

v.g. - *verbi gratia*/ por exemplo

WHS - World Health Survey [Anexo 10]

Conceitos*

Actividade: [p. 49, 52 e outras de B.1.3.3; p. 87-89]

Agência/Agency: [p. 21; Fig. 01-VII]

Bem-estar / BE: BE hedónico/subjectivo/emocional e
BE eudaimónico/psicológico e social [p. 60 e
outras de Cap.2- B.1.1.5]; índice de BE Global
criado [Anexo 11]

Capacidade funcional: [p. 49 e outras Cap. 2-B.1.1.3]

Capacity Building /CB: [p. 28, Cap.1- 3.4.3 e outros; p. 118]

Controle: [p. 79-80]

Desigualdades Sociais em Saúde/Iniquidades em
Saúde: [p. 67 e outras de Cap. 2-B.1.2]

Determinantes da saúde: [p. 20]; D. da saúde das
pessoas idosas - identificação [Cap. 2-B.2];
D. sociais da saúde (sentido lato e estrito) [p. 70,
71-72]; D. intermédios da saúde [p. 71-72]; D.
sociais das iniquidades de saúde/D. estruturais
[p. 70]

Empowerment / Empoderamento: [p. 25; 124 e outras
de Cap. 2-B.2.4]

Envelhecimento: geral [p. 40 e outras de Cap. 2-A];
E. activo [p. 38-39]; E. bem-sucedido/EBS [p. 35-38];
E. saudável [p. 38]

Equidade: [p. 26]

Evidência: [p. 10-11; p. 17-18]

Funcionalidade: [p. 49 e outras de Cap. 2-B1.1.3]

Gradiente de saúde: [p. 68]

Incapacidade: [p. 49 e outras de Cap. 2-B1.1.3]

Infra-estrutura de PromS: [p. 27]

Literacia(s): [p. 86; p. 113; p. 119-120; 136 e outras Cap.3]

Participação: geral (enquanto componente de funcionalidade)
[p. 49, 52 e outras de B.1.3.3; p. 88-89]; P. em
intervenção PromS ou influência sobre saúde e seus
determinantes [p.25; 30-31; p. 134 e outras Cap. 3; p.
421-423]

Posição Socioeconómica / PSE: [p. 71; Fig. 01-II; p. 109 e
outras de Cap. 2- B.2.3.1]

Promoção da Saúde: [p. 1; p. 22 e outras Cap. 1]

PromS, Referencial: [Fig. 02-I e restante Cap. 1-B,C; caixa
5 do Cap. 7]

Qualidade de Vida / QV: [p. 62-65]

Resultados de Saúde: em PromS [p. 22]; em PromS65+ -
identificação [Cap. 2-B.1]

Resultados de Saúde Intermédios: em PromS [p. 23; 390];
em PromS65+ - identificação [Cap. 2-B.2]

Saúde: geral [Cap. 1-B.3.2.; Cap. 2-A]; definição OMS [p. 10];
definição Otava [p. 19]; S. optimal/Wellness [p. 386];
S. subjectiva/auto-avaliação da S. [Cap.2-B.1.1.4.];
S. mental [p. 46-48]

* Para os conceitos seleccionados e algumas das siglas/abreviaturas indica-se entre *parêntesis rectos* localização no documento de informações adicionais (trata-se de referências não exaustivas, cingindo-se à clarificação dos conceitos e excluindo apresentação de dados empíricos, assinaladas a **negrito** quanto se trate de definição/ discussão principal)

INTRODUÇÃO

“The one constant goal is to achieve full health potential for all”

(Health21 policy for the European Region of WHO – WHO, 1999, p. 3)

A presente pesquisa visou reunir elementos conceptuais e empíricos de suporte para a formulação de políticas de promoção da saúde das pessoas de 65 e mais anos em Portugal. Conjugam-se dados quantitativos sobre a distribuição de resultados e determinantes de saúde e bem-estar neste grupo da população, a nível nacional, com uma exploração qualitativa da visão das próprias pessoas idosas sobre estes temas. O diagnóstico assim elaborado assenta numa perspectiva que, destacando a centralidade dos valores de equidade e empowerment, realça a multiplicidade de factores, individuais e ambientais, positivos e negativos, que condicionam o desenvolvimento da saúde optimal dos mais velhos.

Nesta introdução apresentam-se as linhas gerais de enquadramento desse percurso, situando os vários capítulos que compõem o trabalho e referenciando as grandes opções metodológicas tomadas.

Que contributos pode a Promoção da Saúde dar à abordagem do envelhecimento? E, mais concretamente, como pode uma tal perspectiva concorrer para a formulação de políticas que favoreçam o envelhecimento optimal dos idosos portugueses?

Foram estas as questões de partida do presente trabalho, que se propôs então reunir elementos de apoio à **fundamentação de medidas e políticas promotoras da saúde e bem-estar das pessoas de 65 e mais anos em Portugal.**

O prolongamento da esperança de vida e o envelhecimento demográfico têm, nas últimas décadas, acentuado a premência das questões da saúde e bem-estar nas idades mais avançadas, tanto do ponto de vista individual como colectivo. Preocupações políticas quanto aos custos com sistemas de pensões, cuidados de saúde e apoio na dependência e aspirações individuais crescentes a viver de forma plena os anos/décadas que se seguem à reforma convergem no sentido de sublinhar a importância de melhorar as respostas às necessidades específicas que se colocam nessa fase, mas também de encontrar formas de organização societal e de posicionamento individual que optimizem o processo de envelhecimento. Se as primeiras vão já sendo objecto de sistemática atenção e investimento no nosso país – vejam-se, por exemplo, as respostas e serviços enquadradas no sistema de segurança social e a mais recente prioridade atribuída à rede de cuidados continuados integrados do sector da saúde e social –, não se encontram ainda em Portugal sinais claros de uma política mais abrangente visando reduzir riscos e maximizar potencialidades no envelhecimento e na saúde, autonomia, participação e qualidade de vida das pessoas idosas.

A Promoção da Saúde – definida, na Carta de Otava, como “o processo de capacitar as pessoas para assumirem maior controle sobre, e para melhorarem, a sua saúde” (1986, trad. pr.) –, oferece enquadramento promissor para uma abordagem integrada dessas questões. Entre as características desta “nova saúde pública”, destaca-se uma visão mais ampla e positiva da própria saúde – que não se esgota na ausência da doença e abarca o estado optimal de *wellness*¹ e completo bem-estar; bem como um entendimento abrangente, ecológico, dos factores que a determinam e das estratégias que é preciso mobilizar para a modificar – indo além dos cuidados de saúde para incluir comportamentos e condições de vida (v.g. Nutbeam, 1998; Rootman *et al.*, 2001).

Tal promessa parece porém ainda subaproveitada, já que quer na literatura nacional, quer mesmo na internacional, a abordagem da saúde da população idosa, mesmo quando na perspectiva da promoção da

¹ Um dos novos termos do Glossário de Promoção da Saúde da OMS, que define: “**Wellness** is the optimal state of health of individuals and groups. There are two focal concerns: the realization of the fullest potential of an individual physically, psychologically, socially, spiritually and economically, and the fulfilment of one’s role expectations in the family, community, place of worship, workplace and other settings.” (Smith *et al.*, 2006, p. 344).

saúde, continua com frequência a cingir-se a doenças e incapacidades, a factores de risco biomédicos e comportamentais e a intervenções centradas nos estilos de vida e cuidados preventivos (e.g. actividade física, alimentação, rastreios ou vacinação).

Esta situação reflecte aliás o estado mais genérico da promoção da saúde: um domínio complexo, multidisciplinar, recente e em franca evolução, onde persistem vários pontos de tensão e desafios - incluindo a inexistência de um quadro conceptual único ou consensual (v.g., Goodstadt *et al.*, 2001; Rootman *et al.*, 2001).

I • Um primeiro objectivo mais específico é então a explicitação de um **referencial** que clarifique e articule o **entendimento de promoção da saúde adoptado** – *enquadramento conceptual global* que serve de orientação ao conjunto da pesquisa, mas que pretende também ser um instrumento de utilidade mais genérica na formulação ou avaliação de intervenções em promoção da saúde.

É esse o objecto do **Cap. 1**, onde se delinea o que se designou como **Referencial PromS** – contemplando uma dada Concepção da Saúde e objectivos, estratégias e valores característicos da Intervenção de PromS, bem como aspectos do Dispositivo de intervenção e Princípios Transversais estruturantes. Assentando na literatura internacional e em algum consenso sobre boas práticas e a primazia da referência à perspectiva formulada em Otava, tal referencial envolve contudo a assunção de posicionamentos próprios, de resto inevitáveis num campo marcado por vários debates ainda em aberto, múltiplos modelos e por uma forte base valorativa.

E como se articula este **referencial** com as questões mais específicas da saúde da **população idosa**? O **Cap. 2** concentra-se já nas vertentes de um **Referencial PromS65+** que mais directas implicações têm para o restante percurso de investigação, pretendendo em particular **orientar a selecção de objectivos** numa intervenção de PromS centrada nas pessoas de 65 e mais anos. Fundamento primeiro de tal selecção é a concepção de saúde adoptada – a qual é (re)formulada, pensando nesta população específica, a partir da discussão, à luz do referencial PromS, de vários conceitos de envelhecimento (e.g., envelhecimento activo, saudável, bem-sucedido). Avança-se de seguida para a enumeração de potenciais objectivos PromS65+, correspondendo, por um lado, a resultados de saúde/bem-estar a visar (as finalidades últimas da intervenção) e, por outro, a factores a modificar por constituírem prováveis determinantes de relevo da saúde da população de 65+ anos (os objectivos intermédios de PromS). A identificação e discussão dessas dimensões e determinantes da saúde dos mais velhos apoia-se numa revisão da evidência disponível na literatura internacional, ainda que a sua abrangência e profundidade traduzam um compromisso exigido pela vastidão do campo de análise.

II • Definido o enquadramento conceptual, o passo seguinte do plano de pesquisa é a reunião de *elementos empíricos* que apoiem a formulação de políticas PromS65+ adequadas à situação nacional concreta.

De um modo geral, o diagnóstico é etapa inicial incontornável na formulação de intervenções PromS, incidindo, de acordo com o Referencial (Parte I), na caracterização do contexto específico de actuação, tanto em termos da situação de saúde, como da infra-estrutura que servirá de suporte à acção. Deverá além disso ser conduzido de modo participativo, envolvendo os principais *stakeholders*, com destaque para a própria população idosa. A impraticabilidade de na presente pesquisa abarcar todos essas vertentes e processos de diagnóstico levou a delimitar o objecto de estudo, privilegiando temáticas/questões simultaneamente:

- centrais, identitárias, numa abordagem PromS65+;
- menos abordadas em Portugal, quer na investigação, quer nas práticas/políticas;
- com maior utilidade potencial do ponto de vista da definição de políticas nacionais;
- com viabilidade prática de acesso e estudo.

O *propósito* da **Parte II** do trabalho centra-se então na obtenção de **elementos de diagnóstico** caracterizando **dimensões e determinantes da saúde da população de 65+ anos em Portugal**. Eixos de análise privilegiados são o *empowerment*, a equidade e uma concepção de saúde abrangente e multideterminada – traços estruturantes de PromS e insuficientemente contemplados na actual política de saúde nacional. A investigação desenvolvida estrutura-se em torno de três componentes principais que, embora interligadas, é útil distinguir - dando lugar a outros tantos capítulos que compõem esta Parte II.

→ Peça central no diagnóstico é o “Perfil de Saúde 65+”, seleccionando indicadores e reunindo dados estatísticos disponíveis, de uma multiplicidade de fontes, com vista à **caracterização quantitativa, extensiva**, ao nível da população idosa nacional, das temáticas inventariadas no Cap. 2 – i.e., dos **resultados e determinantes da saúde** sobre os quais poderão incidir os objectivos finais e intermédios de uma política PromS65+ em Portugal.

Descrever as dimensões de saúde/bem-estar de interesse e factores que as influenciam, procurando avaliar a sua magnitude, forma como se distribuem na população e potencial margem de modificabilidade, são os objectivos primários da vertente do estudo apresentada no **Cap. 5**. Uma componente analítica, explorando a relação entre potenciais determinantes e resultados de saúde é introduzida quando a informação acedida o permite, bem como uma dimensão comparativa (em particular com idosos europeus e com a população nacional total), que serve sobretudo o propósito de fornecer um termo de referência para os resultados encontrados na população idosa nacional.

A identificação de fontes de dados disponíveis (e em falta) e indicadores passíveis de ser utilizados numa continuada monitorização destas temáticas constituem objectivos secundários.

Foi valorizada a amplitude do campo de estudo, em termos de dimensões e factores focados, como via de exploração empírica da concepção de saúde/bem-estar abrangente e multideterminada que orienta a PromS65+. Quer as fontes de dados, quer limites de tempo, impuseram contudo restrições ao espectro de temas estudados. O critério de “complementaridade” adoptado levou a privilegiar as questões habitualmente menos abordadas na investigação nacional, sendo prestada menor atenção relativa a factores individuais, biomédicos e comportamentais, bem como aos aspectos mais directamente relacionados com os cuidados de saúde e sociais. De resto, como sublinha a CSDH baseada na evidência internacional, *“most health research (funding) remains overwhelmingly biomedically focused, whereas the largest health improvements arguably come from improvements in the social determinants of health”* (2008, p. 179).

→ De acordo com a abordagem adoptada – apoiada na literatura internacional (v.g. as recentes recomendações da Comissão criada pela OMS: CSDH, 2008) –, é fundamental introduzir uma óptica de equidade transversal à caracterização da situação de saúde, observando e quantificando, quando possível, desigualdades na distribuição dos resultados e determinantes da saúde entre subgrupos socioeconómicos/ sociodemográficos da população idosa. A inexistência em Portugal de investigação anterior sobre **desigualdades sociais na saúde dos idosos** nesta perspectiva, conjugada com a relativa complexidade metodológica do tema, aconselhavam a realização de um estudo mais detalhado sobre esta questão. Assim, no **Cap. 4**, utilizam-se dados de um inquérito² que contempla resultados globais de saúde/ bem-estar e estratificadores socioeconómicos e geográficos, para analisar a associação entre os dois tipos de variáveis na amostra de inquiridos portugueses de 65+ anos (comparada também com outros países europeus), recorrendo a diversos tipos de indicadores e medidas. O estudo serve o duplo propósito de análise substantiva das iniquidades em alguns resultados de saúde desta população e de exploração de instrumentos adequados para a sua caracterização. As conclusões a este último nível constituem então base para uma continuação, no “Perfil de Saúde” (Cap. 5), da análise da situação nacional de desigualdades sociais na saúde entre os idosos, estendendo aí a outras dimensões de saúde e seus determinantes os instrumentos analíticos seleccionados.

→ Em sintonia com o princípio de *empowerment*³, os objectivos de uma intervenção PromS65+ terão de atender à perspectiva daqueles que são os principais interessados na intervenção – os próprios idosos –, e que deveriam, de resto, ser intervenientes activos em todas as etapas do planeamento de PromS. Ficando fora do âmbito do presente trabalho um exercício de diagnóstico participado, o estudo qualitativo das concepções leigas de saúde entre idosos portugueses (**Cap. 3**) – tema ainda pouco investigado no nosso país –, serve, indirectamente, o propósito de lhes “dar voz”, explorando, através de um conjunto de

² European Social Survey, Round 3 (ESS3), coordenado por R. Jowell *et al.* (2007).

³ Este conceito é assim definido em Glossário da OMS: “*In health promotion, **empowerment** is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health*” (Nutbeam, 1998, p. 6).

entrevistas⁴ em profundidade, dimensões e factores de saúde mais valorizados. Simultaneamente, tal estudo visa ainda fornecer elementos quanto à consciência sobre causas e meios de influência na saúde – uma vertente de **literacia (crítica) de saúde** (Nutbeam, 2000, 2008a) que constitui pré-requisito para a participação, o *empowerment* e, genericamente, para maior controle das pessoas sobre a saúde e o que a determina. Finalmente, esta abordagem subjectiva da saúde empresta “textura” a tópicos que nos demais capítulos são tratados de forma extensiva, a partir de indicadores estandardizados, facilitando assim pistas de contextualização e hipóteses de interpretação e interrelação de variáveis. Mais ainda *“Statistical data are essential to describe the extent of a public health problem but do little to explain the experience of that problem or its impact on people’s lives. Yet providing a sense of the lived experience is important for explanatory purposes, as well as for advocacy and giving politicians and others the rich story that can turn hearts and minds (Baum, 1995)”* (CSDH, 2008, p. 187).

Ainda que interligadas e subordinadas a um questionamento global comum, cada uma destas vertentes de estudo tem, no essencial, autonomia – sendo as questões específicas investigadas, sua justificação, metodologia e discussão de resultados, detalhadamente apresentados em capítulos próprios. O delineamento do Perfil (Cap. 5) reflecte já mais claramente, por seu lado, as implicações relevantes dos outros dois estudos (Concepções leigas/Cap. 3 e Desigualdades Sociais em Saúde/Cap.4). Nesta Parte II privilegia-se pois a apresentação aprofundada dos resultados e fundamentos de cada uma das três componentes principais da vertente empírica da investigação – opção que inevitavelmente é feita em detrimento de uma mais imediata articulação e extracção de consequências para os objectivos últimos da tese.

A integração mais alargada dos vários elementos do diagnóstico é, por sua vez, objecto de um capítulo específico de síntese (Cap. 6 – já na Parte III). Aí se apresenta ainda, pontualmente, informação nova resultante de uma análise documental de políticas nacionais pertinentes. Este elemento adicional de diagnóstico – versando desta feita sobre uma das vertentes do Dispositivo/infra-estrutura nacional de PromS65 – centra-se em questões especialmente destacadas no diagnóstico de saúde, visando, através de uma análise crítica sumária do “dispositivo” normativo/políticas públicas em vigor, servir de apoio à definição de prioridades na formulação de uma futura política de PromS65+ em Portugal.

/// • A Parte III é mais directamente orientada para esse propósito de *formulação de uma política de PromS65+* no contexto nacional. O referido **Cap. 6** tem, como se referiu, uma função de **integração** dos vários elementos da pesquisa empírica realizada, mas focando já em particular uma **selecção** dos aspectos das conclusões respectivas que se consideram mais relevantes para o diagnóstico e eventual subsequente definição de medidas /actuação.

Um último capítulo (**Cap. 7**) **recapitula, de modo simplificado** – e pensando num público mais alargado –, os principais elementos conceptuais e empíricos reunidos e avança para a identificação de **possíveis áreas prioritárias de intervenção** e outras pistas de apoio à definição de políticas de PromS65+ em Portugal.

É de sublinhar que, suscitadas pela evidência empírica do diagnóstico nacional realizado, à luz do quadro conceptual proposto, as propostas de actuação contidas neste capítulo ainda que inspiradas em práticas e, quando possível, recomendações internacionais, não se podem porém já reclamar baseadas na evidência – muitas vezes insuficiente nestas áreas e, em qualquer caso, não sistematicamente escrutinada – mas tão só hipóteses que, fechando o presente percurso de pesquisa, poderão funcionar como ponto de partida para reflexão continuada noutras arenas.

Num trabalho que se apresenta extenso, sugere-se pois, como orientação para a leitura, a concentração nos dois capítulos da Parte III para uma visão global dos resultados e propostas suscitadas pelo percurso empreendido – complementada pelo Cap. 1, para um mais amplo enquadramento conceptual. Os três capítulos da Parte II fornecerão a possibilidade de aprofundar cada uma das três componentes empíricas desenvolvidas e sua fundamentação, a que o Cap. 2 empresta suporte teórico adicional detalhado.

⁴ Amostra de conveniência de 13 homens e mulheres, entre 74 e 85 anos de idade, residentes numa cidade portuguesa de média dimensão.

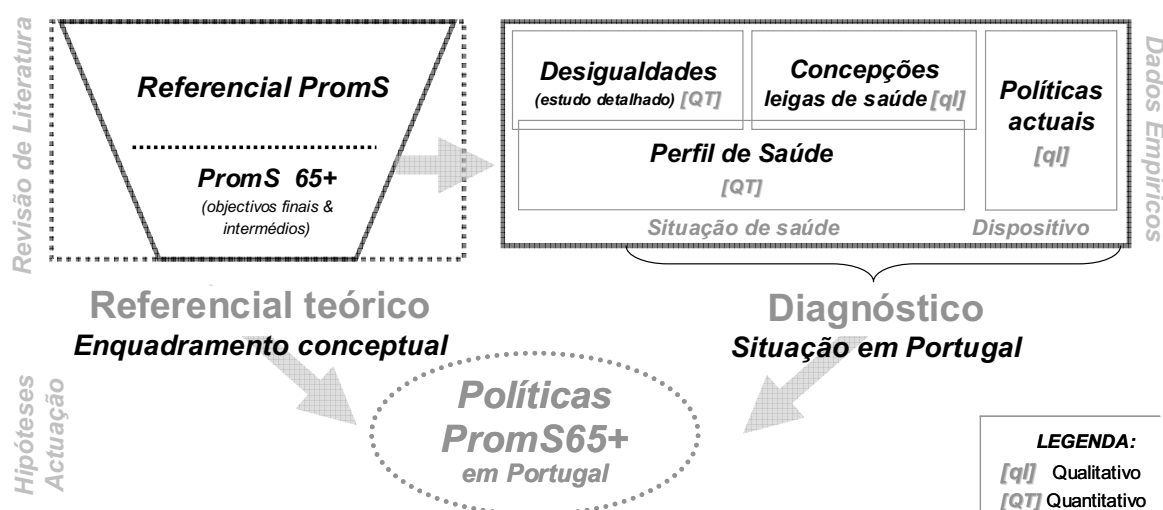


Figura 1-0: Estrutura geral

Em termos de **metodologia**, a presente pesquisa enquadra-se numa orientação de investigação **aplicada** – cuja finalidade geral Miller descreve como sendo “to secure the requisite knowledge that can be immediately useful to a policymaker who seeks to eliminate or alleviate a social problem” (1991, p. 4).

O paradigma que lhe subjaz identifica-se no essencial com o de “**pragmatismo**” (v.g. Creswell, 2003), centrando-se no problema e recorrendo a uma pluralidade de abordagens que melhor se adequem ao propósito em vista – ainda que claramente enquadrado por um referencial teórico e valorativo. No seu conjunto, a investigação adopta uma estratégia que se pode designar como de **métodos mistos**⁵, em que métodos quantitativos e qualitativos se combinam para responder à natureza diversa das questões e objectos de estudo específicos e alargar/enriquecer a abrangência da investigação. Múltiplas razões têm sido apontadas na literatura para uma tal conjugação de dados quantitativos e qualitativos, bem como diversas possibilidades em termos de *design* global da pesquisa. Está em causa nomeadamente o propósito e prioridade relativa de cada uma das vertentes, a sequência de implementação e as fases em que ocorre a integração (v.g., Creswell, 2003; Miles, Huberman, 1994). Na presente pesquisa o fito de caracterização, tendencialmente generalizável à população portuguesa de 65 e mais anos, da situação e desigualdades em dimensões essenciais de saúde/bem-estar e seus determinantes, é servido pela análise (sobretudo descritiva e inferencial bivariada) de dados quantitativos (resultantes essencialmente de estudos observacionais transversais, apoiados em inquéritos de base populacional). Por sua vez, a exploração de representações/ significados sobre alguns desses elementos faz apelo a dados qualitativos (no caso, análise de entrevistas semi-directivas), tal como sucede com a caracterização do contexto normativo (apoiada em análise documental). A articulação destes vários elementos é complexa e variável: com vertentes de preparação, complementaridade e aprofundamento mútuo, houve componentes do estudo que seguiram uma ordem sequencial de implementação enquanto outras se desenvolveram em paralelo e/ou iterativamente. No essencial, o estudo sobre “Concepção de Saúde dos Idosos”/Cap. 3 (qualitativo e exploratório) e a pesquisa detalhada sobre “Desigualdades Sociais na Saúde”/Cap. 4 preparam e complementam a abordagem quantitativa extensiva desenvolvida no “Perfil de Saúde”/Cap. 5, que constitui o elemento central de diagnóstico sobre a situação de saúde da população de 65+ em Portugal. A integração mais substancial das várias componentes faz-se nas fases finais de interpretação (Cap. 6), para a qual concorrem igualmente dados da análise de políticas nacionais nos domínios abordados.

Ainda que o recurso a investigação qualitativa tenha pouca tradição no campo biomédico, a diversidade metodológica crescentemente perfilhada em várias disciplinas (v.g., Creswell, 2003) tem vindo também a ser reconhecida e valorizada em saúde e, em particular, no domínio da promoção da saúde/saúde pública. “Modelos mais pluralistas de evidência” são a necessária resposta a modelos de saúde e de actuação cada

⁵ Creswell apresenta assim esta abordagem: “a mixed methods approach is one in which the researchers tends to base knowledge claims on pragmatic grounds (e.g., consequence-oriented, problem-centered, and pluralistic). It employs strategies of inquiry that involve collecting data either simultaneously or sequentially to best understand research problems. The data collection also involves gathering both (...) quantitative and qualitative information” (2003, pp. 18-20).

vez mais multidisciplinares, bem como explicitamente referenciados a valores e questões éticas (v.g., Aro *et al.*, 2005a; Bonnefoy *et al.*, 2007; Jackson *et al.*, 2001; Meyrick, 2006; McQueen, Anderson, 2004; Nutbeam, 1999; Raphael, 2000; Rootman *et al.*, 2001). A rede MEKN/ “*Measurement and Evidence Knowledge Network*” da WHO-CSDH (Kelly *et al.*, 2007), defendendo essa orientação como princípio fundamental no que toca, neste caso, ao estudo dos determinantes sociais da saúde, salienta também que tal não significa sacrificar o rigor. Propõe, com base no trabalho de outros autores e designadamente da Cochrane Collaboration, três critérios essenciais para a qualidade na investigação - transparência, sistematicidade e relevância -, assim sinteticamente descritos:

“- *Reporting of what the researchers did and why and how they did it* (transparency)

- *Applying a consistent and comprehensive approach* (systematicity)

- *Assessing how applicable the study is to different populations and in different contexts* (relevance)”. (p. 44).

A adequação ao propósito / “*fitness for purpose*” é o critério último para avaliação da abordagem adoptada

- “*the key is matching research questions to specific problems and using evidence derived from an appropriate methodology rather than assuming the superiority of a method or a theoretical approach*” (Bonnefoy *et al.*, 2007, p. 30).

Num outro plano, um critério adicional de “validade social” (v.g., Stokols *et al.*, 2003) ou “robustez social” tem ainda sido evocado na literatura (Nowotny *et al.*, 2001, 2003). Nomeadamente no sentido de que “da ciência se espera que seja socialmente relevante e que preste contas dessa relevância” (Almeida, J., 2007, p. 21), mas também no de que os próprios processos de produção do conhecimento devem promover a sua contextualização e a directa interacção com o “mundo social”, incluindo um leque cada vez mais alargado de intervenientes (Nowotny *et al.*, *ob. cit.*) – questão com evidente pregnância quando, como é o caso, a pesquisa é explicitamente “aplicada”/ orientada para o apoio à resolução de problemas sociais.

Estes são parâmetros de referência globalmente perseguidos na presente pesquisa. Elementos para uma apreciação mais detalhada da conformidade com tais critérios, bem como uma discussão das limitações e delimitações mais específicas do estudo, serão apresentados nos capítulos relativos a cada uma das várias componentes da investigação e brevemente retomados, de um modo mais global, no Epílogo.

Finalmente, menção ainda para outra dimensão de “diversidade” que o presente trabalho reflecte: a pluralidade de audiências, não exclusivamente académicas, que a “produção de evidência” em promoção da saúde pode contemplar e, claramente, a presente pesquisa visa, ao definir-se como de apoio à formulação de políticas. Se é certo que, como trabalho académico que acima de tudo é, esse é também o seu público principal, foi considerado desejável ter igualmente em consideração decisores políticos/técnicos como potencial audiência. Para além de pontuais implicações nas próprias opções de pesquisa, tal serviu em particular de justificação a um “exercício” formal nos capítulos da Parte III, que adoptam, em termos de linguagem e modo de apresentação, um formato diferente do restante trabalho, que se pretende mais adequado à comunicação com esse público alargado.

Este aspecto reflecte aliás outra linha de influência de fundo no delineamento da presente pesquisa. Parte que é de um processo de doutoramento e, logo, fundamentalmente um percurso de auto-formação, procurou-se também, na medida do possível, que proporcionasse diversificadas oportunidades de aquisição (do vasto leque) de competências que se têm vindo a reconhecer como fundamentais em promoção da saúde - nomeadamente em relação a algumas das áreas que Hyndman aponta: “*Demonstrate knowledge necessary for conducting health promotion*”; “*Conduct a community needs/ situational assessment for a specific issue*”; “*Contribute to policy development*”; “*Communicate effectively with community members and other professionals*” (2007, pp. 9-11)⁶.

A terminar, valerá talvez a pena lembrar, para um mais abrangente enquadramento da abordagem adoptada na presente pesquisa, as características da ciência Modo-2 que, tal como é definida por Nowotny *et al.* (v.g., 2001, 2003), corresponde a um novo paradigma de produção de conhecimento, sendo “*socially distributed, application-oriented, trans-disciplinary, and subject to multiple accountabilities*” (2003, p. 179).

⁶ O documento em referência propõe, além destas, outras 4 grandes áreas de competência – relativas ao planeamento; mobilização das comunidades; estabelecimento de parcerias; organização, implementação e gestão de intervenções.

PARTE I – ENQUADRAMENTO

Cap. 1

Promoção da Saúde:

Uma Proposta de Referencial – PromS

A. Enquadramento prévio – Breves coordenadas da Promoção da Saúde	8
A.1. Um ponto de referência central	8
A.2. Diversidade, incertezas, tensões e desafios	9
B. Uma Proposta de Referencial - PromS	14
B.1. Introdução	14
B.2. Estrutura Geral	15
B.3. Desenvolvimento	16
3.1. Princípios Transversais	16
3.1.1 Coerência	16
3.1.2 Conhecimento actual	16
3.1.3 Meio envolvente	18
3.1.4 Sustentabilidade	18
3.2. Componente (I) Conceção de Saúde	19
3.3. Componente (II) Intervenção de PromS	21
3.3.1. Objectivos ou Resultados/Outcomes de PromS	22
3.3.2. Estratégias/Actividades	23
3.3.3. Valores/Princípios	25
3.4. Componente (iii) Dispositivo de Intervenção	26
3.4.1 Intervenientes	27
3.4.2 Planeamento	28
3.4.3 Capacity Building	28
3.4.4 Informação e Conhecimento	29
3.4.5 Articulação, Colaboração Intersectorial, Parcerias	30
3.4.6 Participação	30
C. Síntese e Implicações	31

O presente trabalho propõe-se recorrer à Promoção da Saúde (PdS) como quadro de referência para apoio à formulação de políticas visando melhorar a situação de saúde dos idosos em Portugal. Clarificar o que é a PdS e, sobretudo, como ela é aqui entendida, é o objectivo deste capítulo, meta a cumprir em duas etapas distintas.

Começa-se, em (A), por traçar um panorama geral do domínio da PdS. Destaca-se que, a par de referências centrais comuns, há igualmente assinalável diversidade, algumas áreas de incerteza e até de “tensão” (muitas vezes somente implícitas) quanto à concepção (e prática) da PdS. E porque este domínio – complexo, multidisciplinar, recente e em transformação – está longe de ser “monolítico”, delineados os contornos de tal diversidade, considera-se então essencial clarificar a posição assumida quanto ao que se identificou como questões chave.

É assim que, na segunda parte do capítulo (em B), se esboça uma proposta de referencial, sistematizando os elementos que definem a perspectiva de promoção da saúde aqui adoptada (PromS) e que funcionarão como enquadramento de fundo para o conjunto do trabalho.

A. Enquadramento prévio

– Breves coordenadas da Promoção da Saúde

Há, sem dúvida, noções centrais (razoavelmente) consensuais sobre o que é promoção da saúde (PdS). Mas uma significativa heterogeneidade de posições é também detectável, quer no debate teórico, quer na intervenção – ainda que, em muitos casos, insuficientemente explícita e reflectida. Porque se considera que o reconhecimento de eixos de divergência, incerteza e/ou desencontro entre “retórica” e “realidade” é crucial para desenvolver concepções e práticas consistentes, pretende-se nesta primeira parte (A) do capítulo mapear tanto a “essência” consensual da PdS, como os principais temas de debate e desacordo subjacentes. Ficará assim estabelecido o pano de fundo para a posterior clarificação dos pressupostos adoptados no quadro do presente trabalho – tarefa que se remete para a segunda parte (B) do capítulo.

A.1. Um ponto de referência central

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”

(Ottawa Charter for Health Promotion, 1986)

A origem oficial da actual abordagem da PdS associa-se à 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otava em 1986, que, alinhada com as metas de Saúde para Todos da OMS, culminava uma série de eventos¹ respondendo à expectativa crescente de uma “nova saúde pública”. O reconhecimento de um amplo espectro de determinantes da saúde e de estratégias igualmente abrangentes para os modificar, com ênfase nos processos de *capacity building*, são algumas das marcas desta “nova era”. As proposições então subscritas – a **Carta de Otava** (Ottawa, 1986) – continuam, mais de 20 anos depois, a constituir uma base de orientação central (v.g., Nutbeam, 1998; 2008b; Smith *et al.*, 2006; Wills, Douglas, 2008), reforçadas e complementadas nas 5 subseqüentes conferências internacionais promovidas pela OMS (Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997; Mexico, 2000; Bangkok, 2005). Aí se encontra o que se pode ainda considerar o cerne da PdS - “*essential core*” que Kickbusch, uma das suas mentoras, assim resumiu recentemente: “*the focus on health not disease, on resources not problems, on social determinants not symptoms, on people not professionals*” (2005).

Mas sendo uma referência incontornável, a Carta de Otava não parece ter esgotado sequer a questão da definição ou delimitação do campo da PdS, como sugere a continuada “proliferação” de propostas alternativas. Um grupo de trabalho criado pela OMS-Europa (Working Group on Health Promotion Evaluation) analisou mais de uma dezena de definições de PdS, sugerindo que “*the discrepancies represent differences in perspective and emphasis, rather than fundamental conflicts in substance*” (Rootman *et al.*, 2001, p. 9) e, encontrando importantes elementos comuns entre elas: a promoção da saúde seria vista “*as involving a diverse set of actions, focused on the individual or environment, which through increasing control ultimately leads to improved health or well-being*” (ob. cit., p. 13).

Aceitando esta perspectiva de uma essência comum subjacente às diversas propostas de conceptualização – que, não se afastariam, de resto, no fundamental, da da Carta de Otava -, poder-se-á questionar o porquê então do constante esforço de redefinição... É provável que a resposta resida, em parte, no carácter excessivamente vago da Carta, por alguns considerada “*l'exemple parfait d'une définition peu spécifique où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants*” (O'Neill, 2004, p. 7) e, conseqüentemente, insuficiente para orientar as práticas, ou mesmo, prestando-se a interpretações ambíguas e contraditórias (v.g. Committee of Experts, 1998).

Tal multiplicação reflectirá também a existência, inegável (ainda que nem sempre explícita nas definições propostas), de inúmeros tópicos polémicos e de abordagens - ontológicas, epistemológicas, metodológicas,

¹ Destaque-se a publicação do Relatório do Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, em 1974 (o primeiro documento oficial sublinhando o papel de outros determinantes da saúde além dos factores biológicos e do sistema de cuidados de saúde) e a Declaração de Alma-Ata, em 1978.

práticas - bastante diferenciadas, coexistindo por detrás do consenso mais amplo. Afinal, como reconhecem também Rootman e colegas “*health promotion is far from being monolithic. It is multidisciplinary and still full of unresolved tensions*” (ob. cit., p. 15).

A.2. Diversidade, incertezas, tensões e desafios

“a multi-faceted idea, having complex and interweaving philosophical, political, professional and practical dimensions” (Mittelmark, Hagard, 2003)

São vários os tópicos que têm vindo a ser objecto de debate e, nalguns casos, de ‘tensão’ no domínio da PdS – constituindo outros tantos reptos para a sua evolução... Vale a pena referenciar alguns, ainda que necessariamente de forma breve.

➤ Antes de tudo, importa sublinhar que a Promoção da Saúde é um domínio recente², e em franca evolução, o que por si só, como salientam Goodstadt *et al.* (2001), coloca desafios – entre eles o de clarificar e acordar uma concepção coerente do que constitui PdS (p. 520). Mais ainda, assinalando, como se viu, a transição para uma nova abordagem da saúde pública, implica transformações significativas face a concepções e práticas anteriores – um processo com inevitáveis contradições e obstáculos. Acresce a base multidisciplinar e natureza complexa da PdS que, abarcando múltiplas dimensões e exigindo abordagens diversificadas, dificultará também o propósito de um enquadramento conceptual ‘unificado’, ao mesmo tempo que legitima a coexistência de diferentes ênfases e posicionamentos dos intervenientes. Os “percalços” de um processo de transição importante e a convivência, nem sempre fácil, de tradições e de profissionais com percursos e origens disciplinares diversas, subjazem, porventura, a vários dos debates/ focos de tensão – nomeadamente quanto ao lugar da Educação para a Saúde (v.g., Green, 2008; Green, Kreuter, 1991; Kahan, Goodstadt, 2001) e à preponderância ainda, em certos contextos, de uma perspectiva biomédica (v.g., Bauer *et al.*, 2003; 2006).

➤ Um eixo essencial de divergência de posições – ainda que nem sempre explícito – prende-se com a **concepção de saúde** subjacente (v.g. Wills, Douglas, 2008). Com muitas vertentes e matizes possíveis, algumas dimensões de possível diferenciação serão, por exemplo:

- uma centração nos processos patogénicos, doença e/ou risco, vs. uma orientação salutogénica, valorização do pólo positivo do *continuum* doença-bem-estar e dos recursos de saúde;
- a atenção a problemas ou factores isolados e mecanismos causais simples vs. à saúde total e à interacção complexa de vários tipos de determinantes;
- uma visão mais delimitada vs. holística, multidimensional, da saúde (saúde física mas também mental, emocional, social, espiritual);
- a saúde como fim em si mesmo vs. como um recurso (e.g., abrindo portas à inclusão de metas de qualidade de vida nas intervenções);
- o foco nos indivíduos vs. nas populações/comunidades;
- o cingir-se a aspectos mensuráveis em termos objectivos ou a inclusão da experiência subjectiva;
- uma visão mais estática vs. dinâmica, contemplando uma dimensão temporal, porventura de desenvolvimento no curso da vida; etc.

Encontram-se na literatura diversas propostas de categorização/organização deste tipo de elementos. Ilustrando as distinções talvez mais frequentes, um curso promovido pelo OHPRS (2005) contrapõe o modelo biomédico (que vê a saúde como ausência de doenças ou perturbações), o modelo comportamental (em que a saúde é sobretudo o produto de escolhas/ estilos de vida saudáveis) e o modelo socioambiental ou ecológico (no qual a saúde é produto de determinantes sociais, económicos e ambientais).

² Recente enquanto domínio organizado, já que ideias e práticas compatíveis com a PdS datam já pelo menos do início do séc. XX (v.g., Green, Kreuter, 1991; Rootman *et al.*, 2001, p. 9).

Vale a pena sublinhar que as diferenças na concepção de saúde podem subsistir – e reflectir-se na intervenção – “*despite an apparent widespread acceptance of a socio-ecological model of health*” (Ziglio *et al.*, 2000, p. 145), ou seja, mesmo entre aqueles que, ao nível do explícito, assumem como referente a Carta de Otava, e, pressupôr-se-ia, a definição de saúde aí defendida³. De resto, muitas são, no mínimo, as *nuances* de ênfase a que se presta este conceito complexo, de contornos amplos e de tal forma ainda vagos, que a própria OMS se admite incapaz de operacionalizar a definição do “ideal” de saúde que consta na sua constituição⁴, propondo uma versão alternativa admitidamente reducionista⁵. E a evolução permanente neste campo pode ser exemplificada pela ainda recente adição de “*Wellness*” como termo novo do Glossário de Promoção da Saúde da OMS (Smith *et al.*, 2006). É possível, aliás, que parte significativa das dificuldades da PdS reflectam aquilo que se passa com o seu próprio objecto: a saúde – que à complexidade e relativa indefinição conceptual (acrescidas de um entendimento ainda incompleto e em rápida mutação, dos mecanismos e factores causais subjacentes), associa poderosas implicações e repercussões práticas.

➤ Outro aspecto com ampla matéria para debate é a questão do **nível** (individual vs. estrutural) em que se coloca o ênfase, quer na identificação das “causas” (e, implícita ou explícita, atribuição de responsabilidade), quer na escolha do *locus* prioritário da intervenção, quer ainda na leitura /avaliação dos efeitos (v.g., Baum, 2008; Green, Kreuter, 1991; Krieger, 2001a; Raphael, 2001; Singer, Ryff, 2001). A clivagem porventura fundamental será a que opõe abordagens mais centradas nos indivíduos às de enfoque estrutural, mas as cambiantes possíveis deste debate são múltiplas – tal como os níveis que pode contemplar⁶.

Exemplificam posições tendencialmente distintas a tradição biomédica, envolvendo um forte pendor para a compreensão dos fenómenos e para a intervenção na esfera individual; ou ainda a educação para a saúde, que tradicionalmente valorizava determinantes a nível dos indivíduos, e abordagens de base comportamental; ou, pelo contrário, as Políticas Públicas Saudáveis, com ênfase no nível do sistema/sociedade. A opção, de alguns, pela comunidade como nível ideal para a intervenção (v.g., Green, Kreuter, 1991, p. 4-5; McQueen, Anderson, 2004, p. 12) ou a valorização dos méritos dos contextos específicos/*settings* como *locus* de actuação (Jakarta Declaration, 1997), poderão ser ilustração de posições “intermédias” em termos de níveis de intervenção mas, talvez sobretudo, da possibilidade e interesse de conjugar plano individual e ambiental/estrutural, ao invés de os tomar como alternativas tendencialmente exclusivas. De facto, apesar das eventuais preferências, mais ou menos explícitas, por um dado nível de intervenção, existe um consenso alargado (expresso também em Jacarta) de que a maximização da efectividade das iniciativas de PdS exige uma abordagem abrangente, com a consideração de um conjunto amplo de determinantes e actuação aos diferentes níveis.

Não será de esquecer, ainda, que este debate assume também outras manifestações (por vezes acaloradas...), atendendo às suas implicações políticas e ideológicas – veja-se, nomeadamente, a discussão em torno da questão da responsabilidade pela saúde, que Green e Kreuter, por exemplo, descrevem como oscilando periodicamente, nos EUA, de uma posição de forte dependência estatal e institucional para uma de forte responsabilização individual e familiar (1991, p. 11-12).

➤ Posicionamentos distintos em termos **epistemológicos e metodológicos** têm alimentado diversos debates, sobretudo a propósito de questões relativas à efectividade, à prática baseada na evidência/*evidence* e, mais genericamente, à avaliação e investigação em PdS.

³ Ver Componente (i).

⁴ “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou patologia” – citada em (WHO, 1999, p. 211, trad. pr.).

⁵ “A redução da mortalidade, morbilidade e incapacidade devida a doença ou perturbação detectável, e o aumento do nível de saúde percebido” (WHO, 1999, p. 211, trad. pr.).

⁶ Por exemplo, no modelo de Hamilton e Bhatti (1996 - citados por Frankish *et al.*, 2001, p. 414-416) consideram-se 5 níveis: indivíduo, família, comunidade, sector/sistema, sociedade; sendo que em anos recentes é dada atenção crescente também ao nível global (v.g. Bangkok Charter, 2005).

Parece, em todo o caso, estar a gerar-se algum consenso quanto ao facto de a abordagem mais positivista, tradicional nas ciências da saúde (assentando, nomeadamente, no recurso a ensaios clínicos aleatórios/ *randomized clinical trials*), ser com frequência inadequada para avaliar as iniciativas características das boas práticas em PdS (intervenções complexas, participadas, ‘multiestratégia’, de *locus* comunitário/ sistémico, causalidade indirecta e efeitos a prazo) (v.g. Rootman *et al.*, ed., 2001). Tal como será desajustada a aplicação de uma hierarquia simples, universal, de evidência num domínio com esta complexidade (v.g., Kelly *et al.*, 2007; McQueen, 2000).

As alternativas porém, estão ainda em aberto. Em “*The Evidence of Health Promotion Effectiveness*” sugere-se que “*the relative importance given to the different types of research method (qualitative, quantitative, economic, participative) and measures (behavioural, structural) which are used to establish evidence of effectiveness will vary (...)*” (Nutbeam, 1999, p. 5). E a propósito da evidência sobre determinantes sociais da saúde o recente relatório da rede MEKN defende a diversidade metodológica como um princípio: “*Appraisal of evidence should be on the basis of whether the research method used is appropriate for the research question being asked and the knowledge being collected, and the extent to which in terms of its own methodological canon it is considered to be well executed*” (Kelly *et al.*, 2007, p. 17). Outros autores sublinham as implicações das abordagens de pesquisa e avaliação em termos do quadro de valores – central em PdS – e dos próprios objectivos da intervenção (v.g., Aro *et al.*, 2005a), defendendo processos participativos de avaliação, pela sua contribuição para o *empowerment* e a mudança social (v.g. Springett, 2001), ou mesmo notando que “*traditional biomedical and epidemiological approaches to health research can potentially work against health*” na medida em que “*its underlying ideology is expert-driven, authoritarian and disempowering*” (Raphael, Bryant, 2002, p. 194) e valorizando a inclusão das perspectivas leigas na teorização e prática da PdS (v.g., Bryant, 2002; Milburn, 1996; Springett *et al.*, 2007).

A própria ideia de **prática baseada na evidência/evidence-based** e **efectividade/effectiveness** gera, aliás, também certa polémica (v.g., Saan, 2005), sobretudo em torno dos critérios e metodologias a adoptar para a apreciação da efectividade de iniciativas e definição de boas práticas – tema onde confluem muitas das questões / controvérsias mencionadas. Mas suscita igualmente alguma apreensão o risco de que a insistência na prova da efectividade e da eficiência possa servir, num clima político-social orientado sobretudo por critérios financeiros, como forma de controlar conteúdos e processos e de cortar despesas (Kahan, Goodstadt, 2001, p. 47).

➤ Uma questão essencial que, segundo McQueen e Anderson continua sem resposta, é a de uma **base teórica** adequada para a PdS (2004, p. 15) pois a conceptualização neste domínio “*has not achieved a level of sophistication that allows us to refer to a single, coherent theory of HP*” (Kahan, Goodstadt, 2001, p. 49). Um objectivo que, para alguns, será mesmo inviável, atendendo à complexidade que assume o pensamento sobre a Saúde e a PdS (Best *et al.*, 2003). O que não significa que não existam múltiplas teorias e conceitos de reconhecida relevância neste domínio – mas serão essencialmente o que Best e colegas designam como teorias “focalizadas”, incidindo sobre aspectos específicos. No compêndio de Nutbeam e Harris (2004), por exemplo, incluem-se teorias em 5 domínios distintos⁷ que, correspondendo a diferentes áreas/estratégias actuação previstas na Carta de Otava, terão de ser necessariamente combinadas quando a intervenção vise produzir mudanças a diversos níveis.

Assim, a PdS assenta actualmente numa diversidade de teorias, conceitos e métodos que vai buscar a várias disciplinas (das ciências sociais, médicas, políticas, ambientais, etc.), e que, não só têm uma aplicabilidade parcelar, como se podem inscrever em tradições científicas distintas, nem sempre de fácil conciliação. A falta de consenso em várias vertentes deste domínio – que paradigma adoptar na investigação, que estratégias de avaliação, o que constituem boas práticas, etc. –, reflectirão essa inexistência de uma teoria global única.

⁷ São eles: teorias sobre comportamentos de saúde e mudança de comportamentos de saúde (características individuais); teorias sobre mudança em comunidades e acção comunitária para a saúde; modelos de comunicação para a mudança de comportamento; modelos para a mudança em organizações e práticas organizacionais facilitadoras da saúde; modelos para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis (Nutbeam, Harris, 2004).

Na encruzilhada destes (e outros) vectores **muitas são pois as interpretações sobre o que é a PdS e a natureza das práticas que dela se reclamam.**

Para além da Carta de Otava e de Banguedoque (e Declarações das demais conferências internacionais de PdS) vários modelos, conjuntos de recomendações e outras propostas, com fins diversos, procuram, de forma integrada e mais ou menos sistematizada, concretizar posições relativamente a (algumas das) matérias atrás abordadas (ver *Caixa 1*).

Alguns modelos/referenciais de PdS **Caixa 1**

Encontram-se na literatura **referenciais e modelos** de natureza, “latitude” e propósitos diversos.

Alguns são propostas conceptuais de carácter abrangente:

- **Referencial Integrador/** *An integrative framework for community partnering* (Best *et al.*, 2003): integra vários modelos e procura situar diversos conceitos e questões, como contributo para uma fundamentação teórica compreensiva e coerente da investigação e da prática em PdS.
- Modelo de Promoção da Saúde **EUHPID** (EUHPID, 2004; Bauer *et al.*, 2003; 2006): desenvolvido por um projecto/consórcio de peritos de todos os países da UE, como quadro de referência teórico e racional para a selecção de indicadores a enquadrar num *European Health Promotion Monitoring System*.
- **IDM/** *Interactive Domain Model* (Kahan, Goodstadt, 2005): modelo conceptual e “grelha” de operacionalização visando apoiar o desenvolvimento de boas práticas em PdS, entendidas como resultando da aplicação da evidência mas também de outros factores, incluindo valores/ética, teoria e entendimento do meio.
- Modelo de **Hamilton e Bhatti** (1996 - citado por Frankish *et al.*, 2001): proposta em que a formulação dos objectivos das intervenções decorre da intersecção de três dimensões (determinantes da saúde; níveis de população; estratégias de acção).

Outros centram-se mais em aspectos de implementação, do planeamento à “gestão da qualidade”:

- **PRECEDE-PROCEDE** (Green, Kreuter, 1991): um modelo de planeamento que propõe elementos e fases a contemplar no processo de diagnóstico/concepção e, simetricamente, de implementação/avaliação de intervenções PdS.
- **Intervention Mapping** (Bartholomew *et al.*, 2001, cit. em Kok *et al.*, 2004): também um modelo de planeamento, ocupando-se especificamente das etapas relativas ao desenho de uma intervenção.
- **Preffi 2.0** (Molleman *et al.*, 2003, 2004; Peters *et al.*, 2003): instrumento de gestão da qualidade, que oferece orientação quer para o desenvolvimento, quer para a avaliação e a melhoria de intervenções de PdS.
- **Health Promotion Evaluation Framework** de Thurston *et al.* (2003): instrumento para uma avaliação geral da efectividade de um conjunto de projectos de características diversificadas.
- **Generic logic model for planning and evaluating health promotion** (Goodstadt *et al.*, 2001): um dos poucos explicitamente assente na Carta de Otava, integrando os princípios e estratégias aí consignados com uma estrutura e sequência de componentes a usar na planificação e, outra, na avaliação de intervenções.

Porém, se mesmo entre os modelos de “espectro mais amplo” se observa que a articulação expressa de posições quanto às questões/ tópicos de debate ocorre em grau e abrangência variáveis, porventura o característico de muitas intervenções de PdS será a não clarificação de pressupostos assumidos face a muitos desses temas, apoiando-se tão só (se tanto...) em teorias ou conceitos mais delimitados/ “focalizados” (v.g., Best *et al.*, 2003). O que não impede que os conceitos, orientações, valores (e crenças) que, mesmo que de forma somente implícita, subjazem às práticas, inevitavelmente as influenciem - como os tópicos de debate já referenciados podem ilustrar (v.g., Dean, McQueen, 1996; Kahan, Goodstadt, 2005; Krieger, 2001a).

Esta conjugação de diversidade e complexidade, que inevitavelmente caracteriza a PdS, com a insuficiente articulação e explicitação de pressupostos que se tende a observar na prática, será um dos

factores⁸ que contribui para um outro “desafio” a ultrapassar neste domínio: o **desfasamento** entre investigação e intervenção (v.g., Best *et al.*, 2003; Potvin *et al.*, 2005), entre a “promessa” contida na Carta de Otava e a abordagem de saúde pública/PdS habitualmente implementada (v.g. Potvin, Chabot, 2002; Wills, Douglas, 2008; Ziglio *et al.*, 2000) – (ver Caixa 2). “*Rhetoric has largely failed to become reality*” (Ziglio *et al.*, *ob. cit.*, p. 145), em parte, julga-se, também porque a falha de enunciação de bases conceptuais (e valorativas) alimenta não só uma insuficiente aplicação de teoria, evidência e implicações éticas/valorativas, mas também a influência de crenças implícitas e a coexistência de incoerências, diferenças de interpretação e ambiguidades escassamente examinadas.

Ainda alguém da promessa de Otava... **Caixa 2**

Embora as generalizações sejam inadequadas, no panorama actual, e apesar da aparente subscrição dos pressupostos de Otava, em muitos contextos parece predominar um exercício da PdS como “uma forma de Educação para a Saúde” (EUHPID, 2004, p. 63). Restringindo-se muitas vezes a abordagens de cariz preventivo, que se fundamentam em quadros teóricos de natureza biomédica/ epidemiológica e comportamental (v.g., Dean, McQueen, 1996; Potvin, Chabot, 2002), está subjacente um ênfase numa visão patogénica da saúde centrada na identificação de factores de risco, que correspondem essencialmente a determinantes de âmbito individual e comportamental. As intervenções decorrentes visam, em consequência, a mudança de comportamentos/ estilos de vida (v.g., Raphael, Bryant, 2002), com um enfoque sobretudo a nível dos indivíduos, surgindo as variáveis de natureza social/ambiental e as eventuais modificações a nível de grupos/ contextos/ políticas fundamentalmente como via para facilitar a mudança e a manutenção dos comportamentos individuais. Do ponto de vista epistemológico e metodológico generaliza-se a crítica a abordagens mais positivistas, mas não parece para já consolidada e consensualizada uma mudança de paradigma; e ainda que abundem as referências a abordagens participativas, na implementação, planeamento e avaliação dos programas, julga-se que, na prática, raras vezes se irá além de processos consultivos para chegar a uma verdadeira co-apropriação pelos vários agentes sociais envolvidos (Potvin *et al.*, 2005).

Daí a importância crucial de **identificar e articular, de forma explícita e coerente** (ainda que tentativa e provisória), os conceitos estruturantes da PdS que se adoptam – percurso que de seguida se empreenderá.

⁸ Outros factores naturalmente concorrem para esta situação e, em particular, no que toca à penetração nas políticas de saúde da PdS na perspectiva de Otava. Desde insuficiências na infra-estrutura necessária à PdS (v.g., Mittelmark *et al.*, 2005), a dificuldades inerentes a mudanças, que requerem, nas palavras de Ziglio *et al.* “*a change in consciousness, a paradigm shift*” (2000, p. 147) e questões que remetem para o contexto mais amplo, em que os valores e ideologias (e.g. individualismo e neo-liberalismo), e dinâmicas macroeconómicas prevaletentes não serão os mais favoráveis à implementação de PdS nas linhas que se traçaram em Otava (v.g. Raphael *et al.*, 2008; Wills, Douglas, 2008).

B. Uma Proposta de Referencial - PromS

B.1. Introdução

A exploração da literatura efectuada (em A) deixou claro não existir um entendimento “definitivo” e consensual do que seja / deva ser uma iniciativa de promoção da saúde – ao mesmo tempo que sublinhou a importância de **explicitar os pressupostos e orientações adoptados**, sugerindo também algumas das questões essenciais a abordar num tal enquadramento, bem como modelos, teorias, referenciais que a elas procuram responder.

Trata-se afinal de clarificar o que se consideram **boas práticas** de PdS, de estabelecer pontos de referência consistentes que apoiem a formulação e/ou a avaliação de iniciativas neste domínio – um enquadramento de fundo essencial para nortear o percurso de pesquisa a empreender.

As propostas de identificação de boas práticas podem assumir formas bastante distintas - para além de diferirem, naturalmente, quanto aos conteúdos concretos incluídos –, como salientam Kahan e Goodstadt (2001) e as referências abordadas em (A) ilustram: desde definições gerais de princípios ou listas de características de uma intervenção de PdS, *checklists* ou grelhas de critérios para aplicar a projectos, indicações a seguir no planeamento, modelos lógicos para planificação/ implementação/ avaliação... as hipóteses são diversas. Verificação semelhante é feita também no âmbito do projecto europeu *GEP-Getting Evidence into Practice* (Aro *et al.*, 2005a), desta feita sob a óptica da garantia de qualidade/ *Quality Assurance* e da efectividade. Em qualquer destas abordagens parecem estar subjacentes dois princípios a reter na tarefa a empreender aqui: a importância de adoptar um procedimento sistemático, balizado por critérios valorativos mas, simultaneamente, de não perder de vista o carácter relativo (e dinâmico)⁹ do que será uma iniciativa PdS adequada. Kahan e Goodstadt (*ob. cit.*), em particular, alertam para riscos de propostas “prescritivas” de boas práticas, avançando um modelo (o já referido IDM – *Caixa 1*), que constitui essencialmente uma filosofia e um conjunto de processos para orientar a definição (e implementação) do que é que tal significará, em cada situação específica e de um modo evolutivo¹⁰.

Nenhuma das propostas/modelos referenciados em (A) se adequa plenamente aos propósitos e circunstâncias do presente trabalho pelo que, em conformidade com o interesse de contextualização deste tipo de directrizes e “liberdade” na definição do formato a adoptar, ir-se-ão definir os pressupostos perfilhados - construindo um referencial ou conjunto de orientações que, com se verá, é, nuns pontos, mais concreto, prescritivo e operacional, enquanto noutros estabelece só balizas ou termos de referência genéricos. Tal proposta de **Referencial de Promoção da Saúde** (que abreviadamente se designará **PromS**) procura seleccionar e articular - de uma forma consistente com os objectivos mas também com o quadro de valores e orientações da autora – aspectos focados em vários dos modelos/trabalhos referidos, tomando como orientação de fundo a perspectiva consignada na *Carta de Otava* (Ottawa, 1986). Outras referências a merecer destaque pela sua influência mais geral na própria estruturação do Referencial serão: o *IDM* (Kahan, Goodstadt, 2005), em que a presente proposta se inspira, particularmente na sua arquitectura global, bem como para a identificação dos factores/componentes que são objecto de particular atenção e quanto aos princípios globais/fundadores adoptados; e o “*Referencial Integrador*” de Best *et al.* (2003), já que, também aqui, o que se propõe é um esquema abrangente, aplicável à generalidade do campo da PdS, e se busca apoio a esse nível em vários modelos de maior alcance, como fazem esses autores¹¹. Para a aplicação da grelha enquadadora assim construída a problemáticas/

⁹ Recorrendo à palavras de Aro e colegas “*Quality can be defined as the degree of achieving what one wants to achieve. This way, it can be considered as a relative and dynamic concept (Parish, 2001)*” (2005a, p. 13).

¹⁰ Em qualquer caso, estes autores sugerem também um conjunto de orientações e critérios concretos de boas práticas para “uma melhor saúde” que, simultaneamente, fundamenta o próprio modelo e corresponde a uma exemplificação da sua aplicação (parcial) (Kahan, Goodstadt, 2005b).

¹¹ Embora, ao invés de escolher um dado conjunto de modelos, como fazem Best *et al.* (2003), se procure antes

situações mais específicas – desde logo à faixa etária dos 65+ anos e, depois, às questões concretas que serão matéria de análise mais aprofundada no decorrer da pesquisa – continuar-se-á a seguir a prescrição de Best *et al.* (*ob. cit.*), seleccionando-se teorias/conceitos mais focalizadas para preencher o esquema genérico elaborado. Mas essa será matéria do Cap. 2 e seguintes.

B.2. Estrutura Geral

O Referencial organiza-se em torno dos seguintes eixos fundamentais (Figura 1-I):

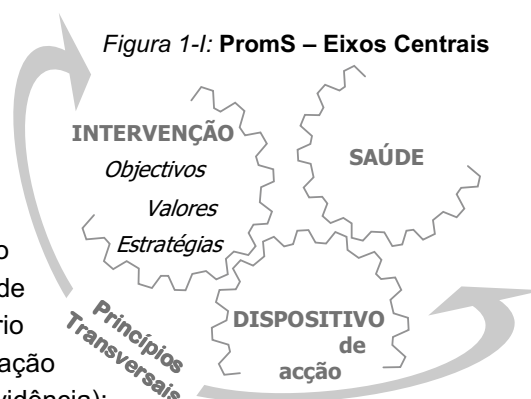
- **Princípios genéricos transversais** - Salientam-se quatro grandes orientações, tidas como estruturantes não só de qualquer iniciativa em PromS mas da concepção do próprio Referencial (e de toda a pesquisa, aliás): coerência /explicitação /reflexão crítica; apoio em conhecimento actual (teorias; evidência); adequação ao meio; sustentabilidade/ viabilidade. Estes serão elementos essenciais não tanto para definir o que seja PromS, mas como factores mas globais de boas práticas /qualidade. A referência mais forte, a este nível, será porventura o IDM (Kahan, Goodstadt, 2005) – muito embora os princípios incluídos estejam, de forma implícita ou explícita, subjacentes a muitos dos modelos referenciados (Caixa 1).

- **Componentes** da PromS - Propõe-se ser útil a distinção (ainda que reconhecidamente artificial) de três domínios ou tipos de componentes:

I) **Concepção de saúde**: Diferenças, por vezes somente implícitas, na concepção de saúde, são, como se viu em (A), um importante vector de diferenciação de intervenções/ conceptualizações em PdS; importa pois, pelas suas implicações (práticas, conceptuais e até epistemológicas) explicitar o conceito de saúde a adoptar. Segue-se assim, nomeadamente o exemplo do IDM e do projecto EUHPID (EUHPID, 2004; Bauer *et al.*, 2003; 2006), que dá destaque ao processo de desenvolvimento continuado da saúde, “*as an integral part of human life*”, distinto das intervenções para o modificar (2006, p. 155); o ponto de partida e referência base para este componente será o próprio modelo de desenvolvimento da saúde proposto no âmbito do EUHPID, enriquecido com uma perspectiva de desenvolvimento da saúde no curso da vida (Halfon, Hochstein, 2002).

II) **Caracterização da intervenção de PromS**: i.e. da iniciativa intencionalmente desenvolvida para modificar, num sentido favorável, o processo de desenvolvimento da saúde (EUHPID, 2004). É para este plano que normalmente remetem as definições de PdS. Está em causa aquilo que mais fortemente caracteriza e distingue a promoção da saúde de outras intervenções de saúde. O grupo de trabalho da OMS coordenado por Rootman aponta que “*what distinguishes health promotion from other approaches is the nature of the expected outcomes (goals and objectives) and the strategies (processes and activities) involved*” (Rootman *et al.*, 2001, p. 9), reconhecendo-se, por outro lado, que ela é frequentemente definida em termos de valores (v.g., *idem*, p. 19; O'Neill, 2004; Raphael, Bryant, 2002) e esse mesmo grupo enuncia princípios como chave na sua caracterização (Goodstadt *et al.*, 2001; Rootman, 2001).

Assim considera-se que o Referencial PromS deverá contemplar explicitamente 3 aspectos, como *loci* da especificidade de uma intervenção desta natureza: finalidades/objectivos; estratégias/ actividades; valores/princípios. A referência central a este nível é Carta de Otava, complementada com especificações de outros modelos/autores.



construir um referencial único, extraindo os aspectos mais relevantes de diversas propostas; em qualquer caso, algumas dessas referências centrais utilizadas são, como se verá, coincidentes com as seleccionadas por esses autores.

III) Dispositivo subjacente à concretização da intervenção: remete para a infra-estrutura e processos que viabilizam a PromS, i.e., que suportam a iniciativa nas suas várias etapas (da formulação inicial à avaliação, passando pela implementação). Está-se pois, no essencial, no vasto domínio da gestão e da “capacidade”, envolvendo aspectos (e.g. relativos aos intervenientes; à sua articulação/integração; à participação; ao planeamento; ao desenvolvimento da capacidade/*Capacity building* e à gestão da informação e conhecimento) que, embora sem especificidade significativa para o domínio da PromS, contribuem para a efectividade e boas práticas, sendo contemplados em grande parte dos modelos/teorias de PdS.

B.3. Desenvolvimento

3.1. PRINCÍPIOS TRANSVERSAIS

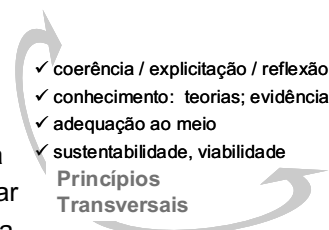
3.1.1. ➤ A primeira ordem de questões – que subjaz também, como se disse, à totalidade da proposta aqui apresentada – prende-se com a importância de velar pela **coerência** da intervenção em PromS, no seu sentido mais amplo. Ou seja, de procurar garantir não só a coerência interna, tal como é normalmente entendida em processos de avaliação (entre objectivos, gerais e específicos, actividades e meios – v.g., Capucha *et al.*, 1999; Potvin *et al.*, 2001), mas também no sentido, mais “ambicioso” da congruência entre todos os domínios em jogo, que está no cerne da definição de boas práticas de Kahan e Goodstadt: “*Best practices in health promotion/public health are those sets of processes and activities that are consistent with health promotion/public health values, goals and ethics, theories and beliefs, evidence, and understanding of the environment, and that are most likely to achieve health promotion/public health goals in a given situation*” (2005a, p. 8).

Estreitamente relacionadas com este princípio essencial, e constituindo instrumento para a sua realização, estão as noções de explicitação¹² e de abordagem sistemática¹³ das questões, que deverão apoiar-se num processo de reflexão crítica contínua (v.g. Kahan, Goodstadt, 2001; 2005a; Peters *et al.*, 2003, p. 6; Raphael, 2000).

Defende-se então aqui que todos os pressupostos que influenciem decisões ou a realização de uma intervenção ganham em ser objecto de reflexão e formulação explícita (mesmo que não definitiva) – precisamente o que se procura fazer com esta proposta de Referencial, e se considera ser exercício a renovar para cada iniciativa concreta e seu processo de implementação. Em nome da congruência, essas formulações deverão ir sendo revistas e aprofundadas, usando cada uma delas como “filtro” (recorrendo à terminologia de Kahan e Goodstadt, 2001) para análise das demais e, sobretudo procurando assegurar a sua tradução nos vários momentos e vertentes da prática de PromS. Um outro corolário, de aceitação generalizada, dos princípios de abordagem sistemática e coerente (entre outros) é o recurso a procedimentos de planeamento – que adiante se retomará.

3.1.2. ➤ Uma segunda ordem de princípios transversais a destacar é a ideia de que o processo de reflexão e definição subjacente deve, na medida do possível, buscar apoio em “**conhecimento actual**”¹⁴:

• **Teorias/modelos/conceitos:** o papel de um suporte teórico, explícito, e a sua contribuição para a efectividade e qualidade da intervenção tem sido acentuado por inúmeros autores (v.g., Framework, 2000; Goodstadt *et al.*, 2001; Nutbeam, 1999), encontrando expressão em vários dos modelos mencionados em (A)



¹² Como houve já oportunidade de referir em (A), a influência dos conceitos far-se-á sentir, a vários níveis (“*in shaping what it is we see – or do not see, what we deem knowable – or irrelevant, what we consider feasible – or insoluble*”, Krieger, 2001a, p. 668) – pelo que a sua explicitação se torna fundamental, como forma de colocar tal influência sob o domínio da reflexão crítica.

¹³ Uma abordagem sistemática é um dos elementos centrais do racional do Preffi 2.0, por exemplo, sendo considerada um dos principais factores determinantes da efectividade, já que contribuirá “*to conscious, considered and coordinated choices, leading to a coherent and soundly based project*” (Peters *et al.*, 2003, p. 6).

¹⁴ Expressão empregue nomeadamente na *Health Promotion Evaluation Framework* de Thurston *et al.* (2003).

(v.g. *Referencial Integrador* de Best *et al.*; referencial de Thurston *et al.*; IDM; *'Intervention Mapping'*; Preffi 2.0). Não se tratará tanto, como já se viu, da utilização de um quadro teórico único¹⁵, mas sim do recurso a teorias de nível intermédio ou micro (Goodstadt, 2005), ou teorias “focalizadas” (Best *et al.*, 2003) – ou ainda a modelos, conceitos, constructos –, e sua adequada aplicação a aspectos parcelares da intervenção. Tal aplicação poderá adequar-se a qualquer aspecto da iniciativa, mas em particular: à descrição e explicação do desenvolvimento da saúde e seus determinantes; às estratégias para gerar e manter a mudança desejada; mas também à própria gestão do dispositivo de implementação da intervenção, nas suas várias vertentes.

Não cabendo aqui elencar teorias concretas, acrescentam-se somente duas indicações gerais quanto à sua selecção e aplicação¹⁶:

- haverá que explorar fontes disciplinares diversas (v.g., Graham, 2002; Grzywacz, Fuqua, 2000; McQueen, Anderson, 2004; Rootman *et al.*, ed., 2001) – procurando evitar as “armadilhas” de um pendor acrítico, resultante das tendências históricas e maioritárias em PdS, excessivamente biomédico (nomeadamente na compreensão da saúde/doença e sua etiologia) ou individual/comportamental (na selecção das determinantes e nível de intervenção) ou “burocrático” (nas metodologias de implementação das iniciativas) (Potvin *et al.*, 2005);
- tanto a selecção como a aplicação deverão procurar critérios de adequação nos restantes princípios e fundamentos de PromS – designadamente a coerência (sendo de salientar, nomeadamente, que os conceitos/modelos e teorias deverão ser coerentes entre si e com aspectos como a noção de saúde adoptada, os princípios éticos defendidos, etc., procurando-se o seu uso integrado) e a explicitação (sendo que, mesmo na inexistência de uma teoria ou modelo formal, será útil explicitar pelo menos a “teoria de tratamento” – Potvin *et al.*, 2001 – ou o racional subjacente aos aspectos centrais da intervenção).

● **Evidência:** Está em causa a importância de procurar fundamentar a reflexão e tomada de decisão, nos vários momentos e vertentes da intervenção, com recurso à melhor evidência que for possível obter – aspecto que, de uma forma mais ou menos explícita, numa interpretação mais ampla ou circunscrita, estará presente na generalidade dos modelos de PromS analisados.

Adopta-se aqui – “contornando” o debate em curso em PdS¹⁷ - a definição de evidência do IDM: “*information which we deem to be high quality and appropriate enough to use in making our decisions*” (Kahan, Goodstadt, 2005a, p. 16). Reconhecendo-se, como já se referiu, o papel crucial das teorias e valores subjacentes no entendimento do que é “qualidade” (e logo do que são questões, metodologias, fontes de informação julgadas adequadas), o passo seguinte - relembrando os “omnipresentes” princípios de coerência e explicitação - é o de salientar algumas indicações sobre o que se considera evidência potencialmente adequada (v.g., Aro *et al.*, 2005a, p. 12¹⁸; IUHPE, 1999a,b; Jackson *et al.*, 2001; Kahan, Goodstadt, 2001, 2005; Kelly *et al.*, 2007; Bonnefoy *et al.*, 2007; Raphael, 2000; Rätty, Aro, 2005):

- poderá ser quantitativa e qualitativa, subjectiva e objectiva, de preferência usada de forma complementar;

¹⁵ As questões em torno da inexistência – e da (in)viabilidade – de um enquadramento teórico global da PdS, constituem, como se abordou em (A), matéria de debate actual, que não será oportuno aprofundar no contexto mais pragmático de formulação do presente Referencial. No entanto, a própria proposta da sua elaboração traduz uma tentativa (e, logo, uma implícita defesa da importância) de dar um enquadramento único, abrangente e coerente, ao conjunto de teorias, modelos, conceitos, metodologias e procedimentos que dão suporte a uma iniciativa PromS – à semelhança, como já se referiu, do que se faz no “*Referencial Integrador*” de Best *et al.* (2003).

¹⁶ Sem se justificar aqui o seu aprofundamento, assinala-se que se encontram na literatura, e designadamente no modelo *Intervention Mapping* mencionado em A (Kok *et al.*, 2004), orientações específicas quanto aos processos e momentos para concretizar esta procura e selecção de teorias e a sua aplicação ao desenho de uma intervenção.

¹⁷ Os méritos (e por vezes os riscos) de uma abordagem “baseada na evidência”, e a sua operacionalização - com destaque para o debate sobre os critérios do que constitui evidência adequada - têm sido das questões a merecer mais atenção em PdS nos últimos anos, como se aflorou em (A).

¹⁸ No âmbito do projecto europeu GEP “*Evidence is not restricted to the results of hard, scientific research, but should be seen as the broader answer to the question regarding what works in health promotion and public health. In addition to randomised controlled trials and publications in peer reviewed journals, this definition also allows for the use of other valuable information sources, including the views of experts and examples of good practice*” (Aro *et al.*, 2005a, p. 12).

- poderá (e deverá) provir de várias fontes, tanto internas (nomeadamente através de processos de investigação, diagnóstico e avaliação – que adiante se abordarão) como externas (literatura científica, mas também avaliações, exemplos de boas práticas, legislação, opiniões de especialistas, perspectivas leigas, etc.);
- deverá ser pertinente para os vários tipos e níveis de questões, nos vários momentos do processo e para os vários interessados, considerando-se critérios de validade social em acréscimo aos de validade científica ;
- a adequação resulta pois, não de critérios absolutos de superioridade de um dado tipo de evidência, mas da sua adequação ao propósito /problema /questão específica em causa e às características chave da PromS – sendo, de resto, a diversidade e conjugação de fontes e tipos de dados um princípio a valorizar, face à complexidade que, em geral, caracteriza os temas de PromS, tal como a pluralidade de perspectivas se adequa aos valores que promove.

3.1.3. ➤ Haverá que destacar¹⁹, como princípio estruturante da PromS, a valorização do **conhecimento do meio envolvente** /contexto e consequente relevância e “**responsividade**”²⁰ da intervenção, através da adequação das metas, estratégias, processos, etc. (afinal – coerentemente – de todas as vertentes da intervenção). Por conhecimento do meio, entende-se aqui a exploração e análise (sistemática, explícita, contínua, com recurso às teorias e dados mais adequados...) dos aspectos mais relevantes da situação/ processo de saúde²¹ (incluindo seus determinantes e potenciais condicionantes de uma intervenção para a mudança), mas também o entendimento das condições e características do “dispositivo” de concretização da intervenção²². Defende-se que tal entendimento do meio, deverá ser feito numa perspectiva sistémica e tão abrangente quanto possível – mesmo que a intervenção só possa dar conta de aspectos, inevitavelmente, mais delimitados.

Um dos corolários deste princípio (conjugado com os anteriores), que adiante se aprofundará, é a realização de diagnósticos, preconizada por muitos modelos, alguns dos quais (e.g., PRECEDE/ PROCEED e o IDM), explicitando também essa vertente de diagnóstico do “dispositivo” de implementação. Outro será o desenvolvimento de critérios de adequação da intervenção a (diversas vertentes do) meio, utilizados como referência no planeamento e/ou avaliação das iniciativas (Peters *et al.*, 2003; Potvin *et al.*, 2001)²³.

3.1.4. ➤ Finalmente, deverão estar presentes, de forma transversal, preocupações de viabilidade e **sustentabilidade**. Saliente-se que a aplicação destes conceitos não se restringe aqui, nem sequer se equaciona essencialmente, em termos económicos. De facto, embora englobe as noções de viabilidade imediata e a prazo e sustentabilidade económica das iniciativas, remete sobretudo para a compatibilização da intervenção, e suas metas, com as múltiplas dimensões do contexto em que ocorre – a nível individual, social, político, ambiental, etc.

Crítérios que se podem incluir dentro deste princípio geral são explicitados por vários autores, embora com definições de alcance diferente: por exemplo, no Preffi inclui-se avaliação da “praticabilidade”/*feasibility* da intervenção (em termos de objectivos e não só) (Peters *et al.*, 2003); o IDM, por sua vez, contém critérios como “adequate resources (including time), and appropriate, effective, and efficient use of available resources” (Kahan, Goodstadt, 2005b, p. 12); já o grupo de trabalho da OMS-Europa (Rootman *et al.*, ed., 2001), inclui, entre os seus princípios orientadores, a noção de que a PdS deve ser sustentável, atribuindo-lhe o sentido de “*bringing about changes that individuals and communities can maintain once*

¹⁹ Muito embora os aspectos aqui abordados se possam, no essencial, considerar contidos no princípio anterior, julgou-se pertinente autonomizá-los dada a centralidade que assumem na intervenção em PromS.

²⁰ Potvin *et al.* (2001) definem, como duas das (cinco) questões a considerar na avaliação de um programa de PdS, a relevância (que se prende com adequação dos objectivos face aos problemas e condições de vida da população alvo - p. 54) e a responsividade/*responsiveness* (que remete para a questão de como as condições do meio modificam as várias componentes de um programa de intervenção – p. 55).

²¹ Componente i) do presente Referencial.

²² Componente iii) do Referencial.

²³ Em acréscimo ao exemplo de avaliação da relevância e responsividade acima mencionado (Potvin *et al.*, 2001), refira-se o Preffi 2.0 (v.g., Peters, *et al.*, 2003), instrumento que operacionaliza critérios de adequação/*fit* ao grupo alvo, à cultura, aos “intermediários”, etc.

initial funding has ended" (p. 5); o EUHPID perfolha este princípio, incluindo-o mesmo na definição de PdS adoptada: *"intentional intervention aiming at sustainable change in the health development process of individuals and their environments"* (EUHPID, 2004, p. 32).

Esta orientação está, no essencial, contida já nos princípios de coerência (entre os objectivos a atingir e os recursos para o fazer) e de conhecimento - e respeito - pelo meio envolvente/ambiente (entendendo que acções/intervenções têm repercussões sobre – e ‘sofrem’ reacções de –, vários níveis/dimensões dos contextos em que ocorrem e ao longo do tempo). Considera-se útil, porém, autonomizá-la, atendendo aos diversos corolários que dela decorrem. Destacam-se em especial:

- em termos mais imediatos, na concepção de uma intervenção (quer nos seus aspectos mais concretos, quer na própria aplicação, por exemplo, dos princípios aqui defendidos), colocam-se inevitavelmente questões de limitação de recursos, como o tempo, bem como outros conflitos e contradições, que obrigam a uma permanente conversão do “desejável” no “viável” – que deverá assentar na reflexão crítica e no entendimento global da situação e dos vários interesses em presença.

- deverá ser orientação presente na concepção da intervenção, e sua implementação, uma visão “a prazo” que reforça o interesse em fazer o melhor uso de, e, mais ainda, em desenvolver, os recursos existentes, tanto a nível individual, como comunitário, organizacional e societal (ver Componente III e importância de *capacity building* em PromS).

- aspectos particulares que, por vezes são autonomizados como princípios ou valores de PdS e que se poderão associar tanto a esta orientação como ao princípio transversal relativo ao meio envolvente, são: “o respeito e sensibilidade ecológica” (Kahan, Goodstadt, 2005b, p. 4) e o respeito pela diversidade, pela cultura – e nomeadamente, pelas diferentes perspectivas face à saúde (v.g. OHPRS, 2005).



3.2. COMPONENTE (I) CONCEPÇÃO DE SAÚDE

“Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo tem de ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou lidar com o meio.

A saúde é, portanto, entendida como um recurso para a vida quotidiana e não como a finalidade da vida.

A saúde é um conceito positivo, enfatizando tanto recursos sociais e pessoais, como capacidades físicas”

(Ottawa Charter, 1986, p. 1 - trad. pr.)

O entendimento de saúde aqui adoptado está no essencial em consonância com esta definição, reforçando-se uma noção positiva e uma abordagem ecológica da saúde a que se acrescentará uma perspectiva dinâmica, que a situa num contexto temporal e, em particular, no quadro do desenvolvimento no curso da vida.

Explorando mais detalhadamente a concepção que orienta o presente trabalho, poder-se-ão enfatizar os seguintes aspectos:

- Perspectiva-se a saúde num continuum, incluindo um pólo (ou direcção) de saúde positiva, que vai além da “ausência de doença” (como explicita a definição da OMS²⁴), para abranger as noções de bem-estar e de *wellness* /saúde optimal, no sentido de potencial a almejar. Nesta abordagem, a saúde é entendida no quadro de vida das pessoas, como um recurso ou “a means by which opportunities of life can be realized” (Seedhouse, 1986 – cit. em Cowley, Billings, 1999) e, portanto, também como um importante determinante da qualidade de vida (Kahan, Goodstadt, 2005b, p. 8; Bangkok, 2005).

- A saúde é multidimensional, contemplando, pelo menos, as vertentes física, psicológica, social e espiritual (v.g., Carta de Bangkok, 2005);

e é, mais ainda, holística e sistémica/(sócio-)ecológica, no sentido em que implica um entendimento global do indivíduo/ “sistema” em interacção com o meio, enfatizando a interdependência das múltiplas

²⁴ Citação de WHO, 1999, p. 211, incluída na nota de rodapé 4, em (A).

dimensões do sistema entre si e destas com o meio, e evitando análises reducionistas em termos de componentes isoladas e relações causais lineares (Bauer *et al.*, 2003; Best *et al.*, 2003). Ou seja, esta perspectiva reclama “uma visão interdependente, multidimensional, ‘multiníveis’ e interactiva da etiologia da saúde”; note-se ainda que dela decorre a possibilidade de entender a saúde como o “resultado da qualidade do ajustamento pessoa-meio” (Grzywacz, Fuqua, 2000, trad. pr.).

É pois também aplicável a diferentes níveis ou escalas (do micro ao macro – do indivíduo à população, do subcelular ao global) e, ainda que em sentido metafórico, a diversos tipos de sistemas (v.g. Bauer *et al.*, 2003; Krieger, 2001b); assim é nomeadamente “conveniente considerar a saúde dos indivíduos, organizações, comunidades e sociedade, uma vez que os níveis interagem entre si” (Kahan, Goodstadt, 2005b, p. 8, trad. pr.). Saliente-se que esta noção de múltiplos níveis é relevante tanto na delimitação do “sistema” cuja saúde está em causa como no entendimento dos mecanismos e factores/ determinantes que lhe subjazem.

- É vista como um “processo ou fenómeno dinâmico, em permanente mudança” (Anderson 1984, p. 61, trad. pr. – citado em Cowley, Billings, 1999), que se (re)cria continuamente, por inerência do viver, e não como um dado adquirido (v.g., Bauer *et al.*, 2003; 2006; EUHPID, 2004). Salientem-se alguns dos conceitos que se poderão associar a esta noção desenvolvimento da saúde:

- o desenvolvimento da saúde pode ser analisado de dupla perspectiva (complementar) de processos patogénicos, geradores de doença, mas também de processos salutogénicos de criação de saúde “positiva” – particularmente relevantes para a PromS (v.g., Antonovsky, 1996; Bauer *et al.*, 2006);
- na análise dos determinantes²⁵ relevantes na evolução do processo de saúde pode-se considerar a influência tanto de factores de risco como de recursos de saúde;
- numa perspectiva multidimensional e ecológica da saúde, haverá que considerar riscos e recursos em diversos níveis e dimensões - o modelo de desenvolvimento da saúde do EUHPID, por exemplo, distingue dois grupos básicos de categorias de determinantes da saúde, consoante sejam factores de risco ou recursos relativos ao indivíduo (de natureza física, mental ou social) ou ao ambiente/meio envolvente (de tipo ecológico, económico ou social); mas análises mais detalhadas – para as quais há diversos modelos/teorias enquadradoras – tendem a assumir assinalável complexidade, contemplando a interacção, dinâmica, de uma diversidade de factores, a múltiplas escalas e níveis, do plano micro ao macro, do proximal ao distal, em relações causais não lineares (v.g., Krieger, 2001a).

- Particularmente importante no contexto do presente trabalho, é o facto desta concepção dinâmica da saúde a situar num contexto temporal que remete, nomeadamente no plano individual, para a relevância de uma perspectiva de desenvolvimento no curso da vida (v.g., Best *et al.*, 2003; Halfon e Hochstein, 2002; Kuh *et al.*, 2003). Como exemplos de implicações e constructos decorrentes de tal abordagem, refiram-se:

- a saúde como um processo adaptativo, “produto de influências, positivas e negativas, ao longo do tempo” (Halfon, Hochstein, 2002, p. 451, trad. pr.), como balanço de ganhos/crescimento contra perdas/deterioração, influenciado por factores de risco e protectores (*idem*); o “peso relativo de estruturas e processos salutogénicos e patogénicos irá variar ao longo do ciclo de vida” (Bauer *et al.*, 2006, p. 156, trad. pr.)
- a ideia de que o indivíduo e as micro e macro *pathways* que produzem a sua saúde, mas também os vários contextos da sua existência, mudam ao longo da vida (Halfon, Hochstein, 2002; Kuh *et al.*, 2003);
- a importância de reter não só a relevância específica de cada um dos múltiplos quadros temporais em que decorrem tais processos – incluindo “relógio” biológico, estádios de vida, transições e pontos de mudança, evolução histórica – mas também a forma como interagem e se sincronizam... ou não (Halfon, Hochstein, 2002);

²⁵ Os **determinantes da saúde** são definidos no Glossário de Promoção da Saúde da OMS como “*The range of personal, social, economic and environmental factors which determine the health status of individuals or populations.*” (Nutbeam, 1998, p. 6), salientando-se que a influência destes múltiplos factores é interactiva. De mencionar ainda o que alguns denominam “pré-determinantes” (v.g., Kahan, Goodstadt, 2005b) ou “*structural drivers*” (v.g., CSDH, 2008), correspondendo às “causas das causas”, i.e. a factores/mecanismos que condicionam os demais determinantes e sua distribuição e influência na saúde dos indivíduos/populações.

- conceitos como os de trajetória, *clusters* e cadeias/*chains* de risco ou protecção (sociais, biológicas ou psicológicas), “janelas” temporais de oportunidade, períodos críticos ou sensíveis, entre outros (Ben-Shlomo, Kuh, 2002; Halfon, Hochstein, 2002; Kuh *et al.*, 2003), serão úteis não só em termos de compreensão etiológica, mas também pelas suas potencialidades para o planeamento da intervenção em PromS.

- Essencial nesta perspectiva é o lugar das pessoa/comunidade como “sujeito” e não meramente “objecto” no processo de desenvolvimento da saúde. Desde logo, relacionando-se esta com “*the functioning and self-experience of living systems*” (Bauer *et al.*, 2003, p. 109), a sua avaliação contemplará vertentes objectivas e subjectivas (v.g., Kahan, Goodstadt, 2005b), devendo ser contextualizada e reflectir critérios e valores dos indivíduos/ populações em referência.

De particular relevância para a PromS é, finalmente, o papel dos indivíduos/populações face ao próprio processo de desenvolvimento da saúde: se, por um lado, este é inevitavelmente condicionado por determinantes que estão além do seu controle, outros há, da esfera pessoal às condições de vida e factores estruturais que as influenciam, que são criados e/ou passíveis de ser modificados pela acção ou agência humana²⁶, individual ou colectiva (v.g., Potvin, Chabot, 2002).

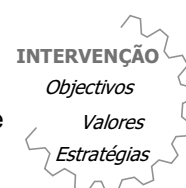
Como irá sendo clarificado pela consideração das restantes componentes do referencial, este entendimento da saúde tem múltiplas implicações para a PromS, que vão da definição dos objectivos e áreas visadas pela actuação até à operacionalização do diagnóstico e/ou avaliação, passando pelas questões, já abordadas, da natureza da evidência /conhecimento compatível com tal perspectiva do objecto central da PromS.

No entanto, a identificação/esquematização aqui feita de características-chave dessa concepção não é, como é evidente, por si só suficiente para a análise/ formulação/ avaliação de uma iniciativa PromS, não pretendendo substituir, mas tão somente enquadrar, a necessária busca adicional de teorias/modelos/conceitos e dados empíricos mais concretos e adequados a cada situação. Desde logo, e dado o âmbito específico do presente trabalho – PromS visando população de 65+ anos – haverá que complementar esta componente do referencial com quadros teóricos e evidência mais directamente relevantes para o desenvolvimento da saúde deste grupo: designadamente conceitos e investigação relativos ao processo de envelhecimento e a questões de saúde mais relevantes para este grupo. Tais elementos serão abordados no Cap. 2., onde, analisados à luz do referencial agora delineado (e reciprocamente contribuindo para nele restringir, sublinhar e/ou aprofundar os aspectos mais pertinentes nesse contexto), deverão contribuir, em especial, para identificar dimensões (de estado) de saúde e seus determinantes mais relevantes e promissores para orientar uma intervenção de PromS 65+.

3.3. COMPONENTE (II) INTERVENÇÃO DE PROMS

Está em causa (pres/)descrever os pilares essenciais que deverão caracterizar e enquadrar conceptualmente uma intervenção em PromS. Estando desde logo subentendido que se trata somente de coordenadas gerais – a operacionalizar e concretizar de forma particular em cada situação específica (de acordo com princípios transversais já expostos e com os critérios e procedimentos a aflorar em iii) –, elas constituirão, no entanto, pontos de referência identitários incontornáveis quanto ao que, no presente trabalho, se entende como PromS.

A perspectiva aqui adoptada no essencial norteia-se pela Carta de Otava (Ottawa, 1986) e, portanto, toma como ponto de partida a definição aí adoptada e reafirmada na Carta de Banguécoque (Bangkok 2005): “a



²⁶ Este conceito sociológico é descrito por Potvin e Chabot nos seguintes termos: “*‘agency’ being the capacity to exercise freedom and to induce change in the structure*” (2002, p. 95), enquadrando-se numa perspectiva neo-estruturalista da relação (reflexiva) entre acção humana e estrutura social, em que a primeira reproduz mas também pode transformar a segunda (devido à capacidade humana de reflexividade, i.e. de reflectir sobre a sua própria experiência, criando assim agência que se contrapõe a um determinismo absoluto da estrutura sobre as práticas).

promoção da saúde é o processo de **capacitar as pessoas para assumirem maior controle sobre a sua saúde e seus determinantes e assim a melhorarem**” (trad. pr.). Mas – e tal como se viu na discussão desenvolvida em A – esta proposta é também considerada insuficiente, julgando-se útil sublinhar, explicitar e aprofundar alguns dos aspectos essenciais que lhe estarão subjacentes, congregados em torno do que serão eixos de especificidade e diferenciação da PromS face a outro tipo de intervenções em saúde (v.g., Rootman *et al.*, ed., 2001): Objectivos, Estratégias/Actividades e Valores/Princípios.

3.3.1. ➤ Objectivos ou Resultados/Outcomes de PromS

Como a generalidade das abordagens de PdS (v.g., Rootman *et al.*, 2001), em termos globais a PromS visa manter ou melhorar a saúde - o que, de acordo com a concepção exposta na componente (i), significará influenciar o processo de desenvolvimento da saúde no sentido de optimizar a saúde/bem-estar, reforçando os factores e processos salutogénicos e reduzindo os patogénicos ou compensando os seus efeitos, e, atendendo aos valores adiante abordados, implicará assegurar a equidade neste processo visando o atingir por todos do seu potencial máximo de saúde (em sintonia aliás com a política *Health for All* da OMS – v.g. WHO, 1999).

Recorrendo à noção de hierarquia de resultados/outcomes e objectivos e tomando como referência o modelo proposto por Nutbeam (1999, p. 6)²⁷, é possível traçar a seguinte proposta, mais detalhada, quanto aos objectivos e resultados que uma iniciativa PromS deverá visar alcançar:

- **Resultados de Saúde e Impactos globais** (os Objectivos/Finalidades últimas ou modificações mais amplas a visar - em princípio de forma indirecta e a longo prazo – ao nível do **estado de saúde**, no seu sentido mais abrangente): poder-se-ão, em termos gerais, formular como “indivíduos, comunidades e sociedades atingem/aproximam-se do seu potencial” (Goodstadt *et al.*, 2001, p. 530, trad. pr.).

→ A um nível mais amplo, num plano que vai além da saúde em sentido estrito, tal incluirá noções como equidade e qualidade de vida (ou outras que decorrem da consideração da saúde como recurso para a vida dos indivíduos/ sociedades), e se operacionalizam em objectivos e indicadores de tipo social.

→ Mais directamente a nível da saúde, os propósitos de uma iniciativa PromS deverão formular-se em termos de “melhoria (e/ou manutenção) da saúde e bem-estar”, traduzindo-se em finalidades e indicadores que abarquem as diversas dimensões da saúde positiva/bem-estar, e, eventualmente, da doença/ patologia, considerados mais relevantes/ prioritários na situação em causa²⁸.

Estando estreitamente dependentes da concepção de saúde adoptada - e obviamente da população específica em causa -, a definição concreta de potenciais resultados de saúde e impactos pertinentes para a intervenção de PromS 65+ será mais desenvolvida a partir da exploração da literatura relativa ao envelhecimento e às problemáticas mais pregnantes e prevalentes para esta faixa etária (Cap. 2). A

²⁷ Na avaliação de Resultados em PdS – e, paralelamente, no estabelecimento de Objectivos (v.g. Goodstadt *et al.*, 2001) – é útil distinguir diversos tipos de resultados que se podem organizar, como sugere o Glossário da OMS, em termos de hierarquia (Nutbeam, 1998, p. 12); esta envolve o que deverá ser uma cadeia lógica e devidamente fundamentada, que vai dos propósitos/efeitos mais abrangentes, em princípio indirectos e a longo prazo, até aos objectivos mais operacionais /resultados mais directos e imediatos das actividades desenvolvidas. O “*Outcome model for health promotion*” apresentado por Nutbeam na publicação da IUHPE sobre Efectividade (1999) distingue 3 níveis, como o próprio Glossário (Nutbeam, 1998): “**Health outcomes**: A change in the health status of an individual, group or population which is attributable to a planned intervention or series of interventions, regardless of whether such an intervention was intended to change health status” (p. 10); “**Intermediate health outcomes** are changes in the determinants of health, notably changes in lifestyles, and living conditions which are attributable to a planned intervention or interventions, including health promotion, disease prevention and primary health care.” (p. 14); “**Health promotion outcomes** are changes to personal characteristics and skills, and/ or social norms and actions, and/ or organizational practices and public policies which are attributable to a health promotion activity” (p. 12).

²⁸ Ter propósitos que abarcam explicitamente o pólo positivo do continuum que vai da disfuncionalidade ao bem-estar/ saúde optimal é um dos aspectos que distingue a PdS de outro tipo de intervenções em saúde (como os cuidados de saúde ou prevenção) (v.g., Bauer *et al.*, 2006; EUHPID, 2004) - o que não impede a consideração da vertente patológica como parte da PromS. Também a atenção a dimensões da saúde para lá da física, assim como às suas implicações para o bem-estar, a qualidade de vida, ou mais genericamente, a nível societal, podendo-se ocupar expressamente da saúde das comunidades/populações (e não só dos indivíduos) e eleger como foco questões que “serão melhor descritas como alvos de mudança do que como problemas” são características tendencialmente distintivas da PdS relativamente a outras intervenções em Saúde Pública (Potvin *et al.*, 2001, p. 46).

identificação (e priorização) final de tais objectivos numa iniciativa concreta, deverá, no entanto, depender sempre essencialmente da situação particular em causa e da visão dos principais interessados na intervenção (ver componente iii quanto à operacionalização destes aspectos).

- **Resultados de Saúde Intermédios** (a PromS visa, como se viu, influenciar o desenvolvimento da saúde agindo sobre os **determinantes**²⁹ desta, quer a nível dos indivíduos, quer do meio envolvente/ambiente, podendo, para cada um destes aspectos, considerar diversas dimensões e/ou níveis): adoptando os termos do modelo EUHPID, está aqui em causa o reforçar das capacidades de saúde (i.e., determinantes individuais) e das oportunidades de saúde (i.e., determinantes ambientais), através do aumento de recursos mas também da redução dos riscos. Assim a formulação de objectivos a este nível traduzir-se-á na especificação de determinantes, i.e. factores de risco e recursos a modificar, nos vários níveis (micro/meso/macro) e dimensões respeitantes ao indivíduo e às suas condições de vida (físicas, sociais, económicas, culturais, políticas - incluindo o sistema de saúde), que sejam mais relevantes para as finalidades/ resultados de saúde adoptados pela iniciativa de PromS em causa. Será aqui essencial um racional, de base teórica e/ou empírica, que estabeleça os pressupostos de relação entre essas duas ordens de objectivos.
- **Resultados de PromS** (os que directamente decorrem das actividades seleccionadas pela iniciativa): genericamente, traduzir-se-ão em mudanças nos aspectos considerados ‘*leverage-points*’ mais úteis para produzir e facilitar/manter as modificações almejadas nos determinantes de saúde que são o alvo da iniciativa. A definição concreta de metas deste tipo deverá, mais uma vez, apoiar-se em evidência - com destaque, neste caso, para as teorias de mudança (e, se possível, experiências de intervenção comparáveis); de notar ainda que este nível de objectivos já está muito intimamente relacionado com as decisões quanto às estratégias e actividades que a desenvolver.

O aumento do **empowerment** dos indivíduos/populações é um caso particular de um objectivo que deve caracterizar qualquer intervenção PromS – quer por inerência dos benefícios para a saúde/bem-estar (v.g., Wallerstein, 2006), quer por este constituir, como se verá, um (o) princípio central da PromS (v.g., Rootman *et al.*, 2001, p. 13).

Também a redução das **iniquidades em saúde** (ou, no mínimo, o seu não agravamento) – em conformidade com o princípio de equidade – deve constar como objectivo “paralelo” de qualquer intervenção PromS; sem atenção explícita, transversal, a esta questão, um resultado global positivo pode ocultar o exacerbamento das desigualdades na situação de saúde de diferentes estratos da população (v.g. Bangkok Charter, 2005; Baum, 2008; CSDH, 2008; Dahlgren, Whitehead, 2006; Frohlich, Potvin, 2008; Nutbeam, 1999).

Em síntese, tendo como suporte um entendimento abrangente da saúde e da complexidade dos factores e processos que a determinam e uma forte base valorativa, são características importantes da PromS – que a distinguem de outras intervenções em saúde e, mesmo, em PdS: incluir finalidades que abarcam a vertente positiva da saúde e o processo da sua criação (ao invés da centração na patologia e no risco); ir além das definições mais estritas da saúde para contemplar diversas dimensões da saúde/bem-estar e qualidade de vida; visar tendencialmente múltiplos determinantes, tanto individuais como ambientais /estruturais; sem perder de vista a centralidade do indivíduo/ comunidade como agente activo e principal *stakeholder* neste processo e o imperativo de promover maior equidade nas oportunidades de saúde. Tais objectivos têm estreita ligação com o tipo de estratégias adoptadas.

3.3.2. > Estratégias/Actividades

A **estratégia** corresponde à uma visão geral sobre como se “caminhará” da situação pré-existente para a concretização dos objectivos previstos, tendo tradução na sequência de **actividades** que constitui a

²⁹ Ver definição em Componente (i), nota de rodapé 25.

intervenção (apoiada em processos de suporte e organização dos meios necessários à sua execução – ver componente iii), e devendo ser consistente com os princípios adoptados (quer os estruturantes da PromS quer os mais transversais³⁰) (v.g., Kahan, Goodstadt, 2005a). Face ao ênfase dado ao reconhecimento da PdS como um processo (Nutbeam, 1999, p. 2) estes aspectos da intervenção, contemplando não só o que se faz mas como é feito, são aqui particularmente importantes e distintivos face a outros sectores da saúde - para além de inevitavelmente centrais em questões de efectividade e boas práticas.

Sendo a estratégia por definição variável em resposta à situação específica em presença, será útil destacar algumas características genéricas, que se consideram especialmente relevantes e distintivas da actuação em PromS:

- Como se referiu já, uma orientação central em PromS é visar “toda a gama dos determinantes da saúde potencialmente modificáveis” (Nutbeam, 1998, p. 6, trad. pr.), pondo o foco, nas palavras de Kickbusch “*on social determinants not symptoms*” (2005). Envolve pois uma estratégia de acção direccionada a “montante” da questão de saúde em foco, procurando, sempre que viável, agir sobre as suas múltiplas causas, com destaque para as mais profundas/distais. No entanto, quando tal se revele impraticável ou insuficiente, poder-se-ão incluir estratégias que visem alterar a influência dos determinantes, mitigando, reforçando ou compensando os seus efeitos (v.g., Rootman *et al.*, 2001).
- A PromS privilegia estratégias indirectas de acção sobre os determinantes da saúde, que basicamente passam pelo desenvolvimento de competências e mobilização de indivíduos/organizações/comunidades; tais estratégias (classificadas em 3 tipos, na Carta de Ottawa, 1986: advogar/*advocacy*; capacitar/*enabling*; mediar)³¹ têm, entre outros, o mérito de favorecerem o *empowerment* individual e colectivo. No entanto, na presente abordagem, considera-se também admissível acção directa sobre as causas (e.g., disponibilizando recursos), sobretudo quando se trate de determinantes fora do controle imediato dos indivíduos/ comunidades (e.g., políticas ou outras influências a nível macro). Isto desde que em simultâneo se procure, na medida do possível, aumentar o controle e capacidade das pessoas sobre essa matéria (e.g., promovendo informação, consciencialização, mobilização, discussão, participação na decisão), bem como atentar a princípios como o respeito pela diversidade e o de evitar efeitos secundários prejudiciais das intervenções (que incluem o potencial aumento da dependência de indivíduos e comunidades).
- Se a viabilização de uma iniciativa exige opções em torno de vários parâmetros que delimitarão o âmbito de análise e intervenção a privilegiar, a estratégia a traçar deve, em todo o caso, favorecer a combinação de diversas acções complementares, dirigidas a vários tipos de determinantes/factores, abrangendo múltiplos níveis (do individual ao societal e global, passando por contextos/planos intermédios) e dimensões do “sistema” em consideração. De facto, a complexidade e abrangência da intervenção é, cada vez mais, considerada uma das marcas distintivas da PromS e factor de efectividade (v.g. Jakarta, 1997; Potvin *et al.*, 2001; Smedley, Syme, 2000). Só assim se dará resposta à visão abrangente da saúde discutida, bem como ao funcionamento dos sistemas socioecológicos em que esta se desenvolve, com a sua tendência para manter o equilíbrio e “*considerable potential for ‘neutralizing’ any kind of intervention*” (Noack, 1987, p. 11).

³⁰ Como exemplos das implicações destes últimos, podem-se destacar que as estratégias delineadas deverão: basear-se num conhecimento abrangente do contexto de saúde (e do próprio dispositivo de intervenção), ao qual deverão adequar-se; seleccionar actividades com recurso à evidência disponível e velar pela coerência do conjunto de acções a realizar; procurar assegurar a viabilidade e a sustentabilidade da iniciativa e, sobretudo, das mudanças de saúde visadas – nomeadamente prevendo os meios necessários e considerando um quadro temporal “síncrono” com o processo de desenvolvimento da saúde em causa, apostando no desenvolvimento de recursos “endógenos” – com destaque evidente para o *empowerment* das populações implicadas - e preferindo estratégias com efeito multiplicador e que contribuam para mais do que um objectivo.

³¹ Mais recentemente, a Carta de Banguécoque (2005), ainda que sem afastamento significativo da filosofia expressa em Otava, reformula essas estratégias falando-se agora em: advogar/*advocacy*; investir (em políticas, acções, infra-estruturas); desenvolver capacidades/*capacity building*; regulamentar e legislar; criar parcerias. Estes processos enquadram-se porém mais nos temas que, no presente referencial, serão incluídos na componente (iii)-Dispositivo.

- A definição da estratégia a seguir envolve em geral a escolha entre três “pontos de entrada” possíveis para a intervenção: problemáticas de saúde, populações beneficiárias ou contextos/settings (Nutbeam, 1999, p. 4) – ou ainda alguma conjugação destes (v.g., IUHPE, 1999a, p. 9)³². Esta última abordagem, e em especial se de base comunitária/territorial, apresenta, assinala-se, especiais potencialidades em termos de concretização de várias características PromS (v.g., Jakarta, 1997; Green, Kreuter, 1991; McQueen, Anderson, 2004; Minkler, 2005b; Navarro *et al.*, 2007; Stokols *et al.*, 2003) – desde a compreensão integrada de uma ampla gama de determinantes em interação à possibilidade de implementação de uma combinação de estratégias, de mobilização de uma diversidade de intervenientes relevantes (ver Dispositivo) e de *empowerment* colectivo.

Para terminar e quanto às **actividades** e/ou **técnicas** específicas que podem integrar uma iniciativa de PromS, é impraticável elencar de forma exaustiva o reportório disponível³³. É, no entanto, possível enquadrá-las em 5 vertentes básicas de actuação, identificadas em Otava (1986): competências pessoais; acção comunitária; reorientação dos serviços de saúde; políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis. Estas corresponderão, por sua vez, na classificação proposta no modelo EUHPID (2004), a actividades de desenvolvimento de competências (nos indivíduos), de comunidades, de organizações/redes (que incluem os serviços de saúde), de políticas, do contexto socioecológico (mais abrangente).

3.3.3. > Valores/Princípios

A importância da base de valores/ideológica que sustenta a PdS, nomeadamente na perspectiva de Otava, para alguns potencialmente problemática – e, por inerência, nunca consensual – foi também já descrita como definindo a ‘alma’ da PdS (Mittelmark, Hagard, 2003). Assim é também no presente referencial, em que alguns princípios mais genericamente reconhecidos como distintivos da PdS são assumidos como estruturadores da intervenção PromS:

- Empowerment³⁴ – um (porventura “o”)³⁵ princípio essencial da PromS, com implicações directas nomeadamente em termos das estratégias a adoptar e beneficiando também em ser operacionalizado como objectivo da intervenção. Para além do incremento das capacidades e oportunidades dos indivíduos/ grupos/ comunidades para assumirem um maior controle sobre a sua saúde e factores que a determinam, subentende-se aqui também a noção de que a perspectiva daqueles cuja saúde se pretende promover deve ser tida como central em toda a intervenção.
- Participação – se possível em todos níveis e etapas, envolvendo vários *stakeholders*, com destaque para a própria população a que respeita a intervenção, mas estendendo-se a outros interessados. Justifica-se, desde logo, como corolário inevitável do princípio de *empowerment*, mas contribui também quer para a

³² Em qualquer caso, uma vez escolhido o ponto de entrada privilegiado, a delimitação do alvo principal da intervenção envolve em geral decisões adicionais – por exemplo, definindo como foco de interesse um grupo etário (65+ anos), a estratégia a adoptar numa iniciativa concreta poderá envolver, igualmente, opções em termos de temáticas prioritárias (e.g.: doenças crónicas; autonomia), contexto e nível de enfoque principal (e.g.: instituição X; comunidade Y; políticas nacionais de acessibilidade) e/ou (sub-)grupo (e.g. mulheres a viver sós; dependentes).

³³ É frequente os modelos/recomendações/matrices de planeamento e avaliação incluírem uma enumeração de estratégias, actividades e/ou técnicas de PdS – não existindo porém uma classificação única consensual ou, sequer, acordo, quanto às que pertencerão efectivamente ou não a este domínio (veja-se, por exemplo, a discussão de Rootman *et al.*, 2001, sugerindo que possivelmente parte das práticas desenvolvidas sob a égide da Promoção da Saúde, inclusive por organismos influentes do sector, não responderão aos critérios decorrentes da Carta de Ottawa, 1986). Podem-se referir porém, a título ilustrativo, as estratégias genéricas incluídas no Modelo Lógico Genérico de Goodstadt *et al.* (2001): Educação para a Saúde; Comunicação para a Saúde; Desenvolvimento Organizacional; Desenvolvimento Comunitário; Desenvolvimento de Políticas; Advogar; Colaboração Intersectorial. Por sua vez o modelo apresentado por Nutbeam (1999, p. 6), avança exemplos de actividades, organizadas em 3 grupos: Educação (educação de doentes, educação escolar, comunicação nos media, etc.); Mobilização Social (desenvolvimento comunitário, facilitação de grupos, etc.); Advogar (*lobbying*, activismo, etc.).

³⁴ Insatisfatoriamente traduzível para português como empoderamento, este conceito complexo, será mais detalhadamente discutido no Cap. 2-B.2.4; uma definição concisa, do Glossário da OMS, foi já incluída na Introdução.

³⁵ É talvez o candidato mais consensual a característica fundamental dos processos de promoção da saúde - e, de resto, o elemento central na definição de Otava (Ottawa, 1986) -, ocupando no Modelo Lógico Genérico de Goodstadt *et al.* (2001, p. 530), o lugar de mecanismo essencial da PdS e sendo sugerido por Rootman *et al.* (2001, p. 14) como critério primário para determinar se se está efectivamente em presença de uma iniciativa de PdS.

sustentabilidade das iniciativas (Nutbeam, 1998), quer para sua efectividade, ao assegurar a adequação à população/ contexto em causa (v.g., Peters *et al.*, 2003), quer ainda para uma actuação - e visão da saúde - não coerciva e respeitadora da diversidade de perspectivas, culturas, etc.. Com claras implicações no que toca aos processos de implementação, será mais detalhadamente abordada na componente (iii), relativa ao Dispositivo de PromS.

- **Equidade e justiça social**³⁶ – um princípio moral que encontra apoio no direito fundamental de todos “*to the highest attainable standard of health*”, consignado na constituição da OMS e em vários tratados internacionais de direitos humanos³⁷, tendo vindo a ser sucessivamente destacado nos documentos fundadores da PdS – incluindo na recente Carta de Bangucoque (Bangkok, 2005). Sublinha a necessidade de atentar às diferenças na saúde entre grupos sociais (com especial, mas não exclusiva, atenção aos segmentos mais vulneráveis) e ao impacte que nelas têm as intervenções. Acarreta igualmente o imperativo de agir sobre os determinantes sociais da saúde que as alimentam³⁸, bem como sobre os factores e mecanismos que condicionam a desigual distribuição destes na população. Deve pois reflectir-se de modo transversal nas iniciativas PromS, encontrando nomeadamente expressão explícita nos objectivos formulados e na avaliação/monitorização das iniciativas e situação de saúde.

Estes três princípios “identitários” de uma intervenção PromS gozam de amplo consenso e destaque na literatura (v.g. Aro *et al.*, 2005a; Bauer *et al.*, 2003; Kahan, Goodstadt, 2005b; Mittelmark, Hagard, 2003; Rootman, 2001) - embora tudo indique que a sua aplicação prática seja menos consistente³⁹.

Tais valores vêm juntar-se aos outros princípios transversais antes enunciados, bem como a princípios éticos de carácter mais geral (que implicam por exemplo, a preocupação de precaver eventuais efeitos prejudiciais da intervenção e, em caso de conflito, optar em congruência com os valores assumidos – v.g. Kahan, Goodstadt, 2005b, p. 6)⁴⁰.

3.4. COMPONENTE (III) DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO

Formular uma proposta específica de intervenção em PromS - traduzida em estratégias e actividades, orientadas por objectivos e valores de PromS (consonantes com a noção de saúde e princípios transversais traçados) -, e depois, naturalmente, implementá-la, envolve determinadas infra-estruturas e procedimentos. É um domínio vasto, com significativas implicações para a viabilidade, sustentabilidade, eficácia e qualidade das iniciativas -



³⁶ Nas palavras de Dahlgren e Whitehead, **equidade** em saúde “*implies that, ideally, everyone could attain their full health potential and that no one should be disadvantaged from achieving this potential because of their social position or other socially determined factors.*” (2006, p. 6). O enquadramento conceptual deste tema será aprofundado no tópico sobre desigualdades sociais em saúde no Cap. 2-B.1.2.

³⁷ Destaque-se, para além das bases estabelecidas no art.º 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (“1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar...”), o art.º 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e, em particular, o aprofundamento do entendimento deste último, estabelecido, em 2000, no *General Comment 14* do *UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights* - E/C.12/2000/4 (v.g., Backman *et al.*, 2008).

³⁸ Se tradicionalmente as questões da equidade eram entendidas essencialmente - e em sintonia com uma visão biomédica - em termos de (des)igualdades no acesso aos cuidados de saúde, uma perspectiva de multideterminação da saúde implica o actual reconhecimento de que esse é só um (e possivelmente não o mais importante) determinante social da saúde, e que o problema “*arises in large part because of the conditions in which people are born, grow, live, work, and age*” (CSDH, 2008, p. 26), condições de vida desiguais essas que, por sua vez, são consequência “*of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements, and bad politics*” (ob. cit., p. 26).

³⁹ Estas matérias serão aprofundadas noutros pontos do trabalho, onde se abordarão, por exemplo, os distintos entendimentos de *empowerment* (muitas vezes interpretado como uma característica individual, em detrimento das condicionantes estruturais/relacionais) ou os vários graus e tipos de participação (que nem sempre implicam efectivo envolvimento na tomada de decisão) e o só muito recente recrudescimento de atenção às desigualdades sociais em saúde.

⁴⁰ Assinale-se por outro lado, que aspectos que outros destacam como “Princípios” foram no presente referencial incluídos em várias das componentes abordadas. É o que sucede com os 7 “*guiding principles*” enunciados pelo grupo de Avaliação em PdS da OMS (Rootman, 2001), que incluíam, para além do *empowerment*, participação e equidade: a sustentabilidade (um dos princípios transversais no presente referencial), a noção de saúde holística (definida em i.), a adopção de “multiestratégias” (recomendada em ii.-Estratégias) e a intersectorialidade (ver iii.).

incluindo a articulação coerente das várias componentes de PromS -, e múltiplas questões que nele se enquadram são equacionadas na generalidade dos modelos de PdS analisados⁴¹. Só se poderão, pois, aflorar aqui, alguns tópicos de mais destaque – tendencialmente aplicáveis, como o resto do Referencial, a qualquer tipo de iniciativa PromS, mas com ênfase pontual para os pertinentes para a formulação de políticas/medidas à escala nacional (o ângulo de maior interesse face ao propósito do presente trabalho).

a) Relativamente à **Infra-estrutura** de PromS é útil a definição do Glossário da OMS:

“Os recursos humanos e materiais, as estruturas organizacionais e administrativas, as políticas, regulamentação e incentivos que facilitam uma resposta organizada de promoção da saúde a problemas/temáticas e desafios de saúde pública” (Nutbeam, 1998, p. 14, trad. pr.).

3.4.1. ► Importa destacar alguns aspectos relativos aos **intervenientes** que integram tal infra-estrutura (v.g., Bangkok Charter, 2005; Jakarta Declaration, 1997; Nutbeam, 1998):

- os governos têm uma responsabilidade essencial face à promoção da saúde, mas a concretização das iniciativas tenderá a envolver múltiplos actores/intervenientes, incluindo necessariamente os principais *stakeholders*, com realce para a população que beneficiará da intervenção;
- pode abarcar uma diversidade de estruturas organizacionais, de natureza pública e privada (e.g. administração pública central e local, ONGs, universidades, empresas), dentro e fora do sector da saúde, e com diferentes níveis de actuação (do local ao nacional e, porventura, transnacional), incluindo, sem se restringir a, organismos especificamente vocacionados para a PdS;
- integra idealmente profissionais de diversas disciplinas e áreas, incluindo como salienta o Glossário (Nutbeam, 1998, p. 14), uma força de trabalho dedicada à PdS, mas também (e maioritariamente) recursos humanos do sector da saúde mais amplo e de outros sectores (e.g., serviços sociais, educação etc.), bem como a acção de pessoas leigas, das comunidades;
- mesmo que sem envolvimento formal, importa considerar a influência de outros grupos/entidades e, mais genericamente do ambiente/contexto mais amplo em que decorre a PromS, nas suas múltiplas vertentes (e.g. cultural, ideológica, política, económica, demográficas epidemiológicas, históricas, etc.); Milio (v.g., 2001; Nutbeam, Harris, 2004), por exemplo, destaca como actores no processo político, em acréscimo aos *policy-makers*, os *policy influencers*, os *media*, e ainda o público (i.e. as populações afectadas pelas decisões, que não sendo em geral membros activos de grupos de interesse, influenciam o processo só enquanto parte do contexto/clima político geral).

Este último ponto evoca a necessidade de, no que toca à infra-estrutura como aos procedimentos, não atentar só aos aspectos formais, tangíveis, explícitos e técnicos/racionais⁴², não menosprezando a influência de uma série de outros elementos que podem condicionar fortemente as decisões e práticas de PromS (v.g. Allin *et al.*, 2004; Fosse, 2003). De Leeuw, por exemplo, sublinha como determinantes fundamentais no desenvolvimento de políticas de saúde, o poder das organizações envolvidas, as teias de interesses de grupos implicados e os pressupostos/valores, em geral apenas implícitos (Nutbeam, Harris, 2004). Questões como a consciência do público face aos problemas e determinantes da saúde ou os valores/ ideologias e concepções (ainda que implícitas) de saúde de decisores e profissionais ou

⁴¹ Assim o Preffi, por exemplo, inclui critérios relativos à “Capacidade” (abarcando aspectos como o tempo, financiamento, pessoal e “expertise” disponíveis), à “Liderança” e ainda ao “Apoio/Empenhamento” mobilizados para a iniciativa (Peters *et al.*, 2003). Já o IDM, em termos de processos, cita entre outros, o desenvolvimento de relações, partilha de competências/desenvolvimento de capacidades (*capacity building*), coordenação/cooperação, tomada de decisão, comunicação, documentação e gestão de recursos (Kahan, Goodstadt, 2005a). O EQUIHP, inclui, no âmbito da Gestão de Projecto, critérios relativos a: liderança; planeamento e documentação; capacidade e recursos; participação e empenhamento; comunicação (Van den Broucke, 2005).

⁴² Há que não sobrestimar/idealizar a natureza técnica - ou consensual - dos processos em causa, nomeadamente no que respeita aos mecanismos e critérios de tomada de decisão: competição de interesses de vários actores, percepções selectivas e enviesadas (por factores de ordem cognitiva, ideológica, experiencial, etc.), limitações de recursos (incluindo tempo), de capacidades, oportunidades, etc., são alguns dos muitos elementos que condicionam na prática as decisões tomadas e acções concretizadas (v.g. De Leewn – cit. em Nutbeam, Harris, 2004; Rütten, 2001).

ainda o poder e capacidade de organização dos cidadãos e de outros grupos de interesses, são exemplos de aspectos a contemplar a propósito do Dispositivo PromS (v.g., Bryant, 2002; Nutbeam, 1998; Rütten *et al.*, 2003a).

b) Dos vários **procedimentos** subjacentes a uma iniciativa PromS - no sentido dos processos/acções de que suportam a implementação das estratégias e actividades previstas (Kahan, Goodstadt, 2005a, p. 20) – alguns merecerão especial referência.

3.4.2. ➤ Lugar central neste campo tem a ideia de **planeamento**, porventura o aspecto mais generalizadamente considerado nos vários modelos de PdS – entre os quais se destaca o PRECEDE-PROCEED (Green, Kreuter, 1991)⁴³. De uma forma geral, está em causa um processo sistemático, com diversas etapas, cujo conteúdo específico apresenta variações, mas que, no essencial, envolve procedimentos de caracterização da situação de partida (o **Diagnóstico**), a decisão sobre as características da iniciativa a desenvolver (**Plano ou Definição da Intervenção**), a execução dessa iniciativa (a **Implementação**) e a monitorização e reflexão sobre o que se concretizou (a **Avaliação**). Considera-se aqui útil acrescentar a estas a noção de uma etapa “zero”, de clarificação (i.e., explicitação e procura de consensos) dos **Pressupostos centrais** do trabalho a desenvolver – um aspecto valorizado no IDM (Kahan, Goodstadt, 2005) e que corresponderá afinal à definição/adopção partilhada de algo equivalente ao presente referencial.

Assinale-se porém que se a ideia de um processo de reflexão-decisão abrangente e **sistemático** corresponde aos princípios de fundo de PromS, a noção de planeamento e de etapas, apesar do seu valor heurístico, comporta também riscos, se veicular uma perspectiva rígida, mecanicista, consensual e “racional”/tecnicista dos processos em causa. De facto, mais do que fases que se sucedem de forma clara, “estanque” e sequencial estará em causa nas iniciativas PromS – incluindo na formulação de políticas (v.g., Milio, 2001) - um **continuum, dinâmico**, em que há diferentes “**tarefas**” que importa assegurar e que tendem a assumir ênfases variáveis ao longo do tempo de “vida” da iniciativa. E se a complexidade, imprevisibilidade e já referida relevância de influências intangíveis inerente aos processos de PromS tornam inadequados modelos mais “clássicos”, burocráticos e rígidos, de planeamento (v.g. Potvin *et al.*, 2005), acrescem em contrapartida a importância de procedimentos do tipo que a seguir se descreve.

3.4.3. ➤ No âmbito particular da PromS, a importância de adoptar uma abordagem de **Capacity Building**⁴⁴ (CB) - dirigida tanto à componente profissional do dispositivo que suporta a intervenção como às populações/comunidades em que esta se desenvolve (v.g., Bangkok Charter, 2005; EUHPID, 2004; Hawe *et al.*, 2000; Labonte *et al.*, 2002) - coloca-se como uma questão simultaneamente de valores e de racionalidade. A coerência com os princípios de **empowerment** e participação justifica que a CB junto da população seja considerada um fim em si mesma (uma “finalidade constitutiva” para usar, como Labonte e Laverack, 2001a, a terminologia do Banco Mundial). Por outro lado, será simultaneamente uma importante estratégia ou finalidade instrumental, um “meio para um fim”, quando se trata de viabilizar uma política/intervenção – seja nas dimensões mais imediatas de estabelecimento da infra-estrutura mínima necessária à implementação da iniciativa, ou quando se visa assegurar a manutenção e sustentabilidade a

⁴³ Este modelo aborda com especial detalhe um processo em várias fases, em que as 5 primeiras (PRECEDE) correspondem a diagnósticos de diversos aspectos (social; epidemiológico; comportamental/ambiental; educacional/organizacional; administrativo e de políticas) e as subseqüentes retraçam em sentido inverso, esses passos, procedendo (PROCEED) à implementação, seguida de 3 vertentes de avaliação (de processo, de impacto e de resultados /*outcomes*). Uma mesma lógica simétrica entre os aspectos a contemplar inicialmente na planificação da iniciativa e os que depois serão objecto da avaliação, é igualmente destacada no *Generic logic model* de Goodstadt *et al.* (2001). Outros exemplos de propostas de PdS analisadas (ver Caixa 1, em A) em que o papel do planeamento é abordado são o *Intervention Mapping*, o *Preffi 2.0*, o *IDM*, o *EUHPID*.

⁴⁴ A **CB** em PdS tem sido definida como o desenvolvimento de “*sustainable skills, resources and commitments to health promotion in health care settings, community settings and in other sectors [to] prolong and multiply health gains many times over*” (Hawe *et al.*, 2000, p. 2).

prazo dos programas, ou ainda, mais genericamente, o desenvolvimento de capacidade de resolução de problemas por parte das organizações e da comunidade (Bush *et al.*, 2002; NSWHD, 2001). A importância em particular desta última dimensão – aliás, também a mais compatível com o sentido de CB como “finalidade constitutiva” –, será adicionalmente realçada pela especial adequação de uma tal estratégia como resposta ao significativo grau de complexidade e incerteza que caracteriza quer o sistema, quer o contexto da intervenção em PromS.

São várias as abordagens, conceptualizações – e instrumentos – propostos para promover a CB quer a nível das comunidades, quer das organizações (v.g. Bush *et al.*, 2002; Crisp *et al.*, 2000; Hawe *et al.*, 2000; Joffres *et al.*, 2004; Labonte *et al.*, 2001a, 2001b, 2002; Milèn, 2001; NSWHD, 2001; Woodard *et al.*, 2004). Em termos mais genéricos, alguns dos princípios a reter serão a importância de partir do conhecimento⁴⁵ e da valorização das capacidades e recursos preexistentes, e de adoptar uma abordagem sistémica – nomeadamente no sentido de ser responsiva ao contexto local e de recorrer a uma combinação de estratégias visando de modo integrado diversas vertentes e níveis do sistema (estendendo-se do tradicional ênfase nas competências individuais dos profissionais, à optimização das condições das organizações em que se inserem e, por fim, aos seus interlocutores/parceiros e contexto mais amplo)⁴⁶.

3.4.4. ➤ Em estreita articulação com a questão anterior, a **informação e conhecimento** são elementos essenciais do Dispositivo, devendo adequar-se aos múltiplos propósitos que podem servir em PromS, os quais irão do apoio a uma tomada de decisão que favoreça a eficácia e eficiência administrativa, à facilitação de articulação entre intervenientes e ao *empowerment* dos cidadãos. Além do que, em acréscimo a objectivos ‘substantivos’ (e.g., identificação do problema e soluções para apoio à definição da iniciativa/política), são de considerar outros, estratégicos (e.g., persuadir ou gerar apoio para a implementação) (Milio, 2001).

Torna-se pois necessária informação sobre diversos aspectos (e.g., dados de caracterização do estado de saúde e seus determinantes e do dispositivo de intervenção no contexto em causa; evidência sobre “o que funciona” em PdS), útil para diferentes vertentes (e.g. *advocacy*, decisão ou *accountability*) e momentos (e.g. diagnóstico ou avaliação) do “ciclo” de planeamento e tomada de decisão; adequada aos vários tipos de actores/intervenientes (e.g. decisores e técnicos; profissionais de saúde e de outros sectores; população/cidadãos), e cuja natureza reflecta a diversidade, amplitude e pluralismo que caracterizam a definição de evidência/conhecimento em PromS (ver *Princípios Transversais*).

Acresce que a disponibilidade de informação adequada não basta para assegurar a sua utilização, estando longe de ser automático e linear o processo da sua transferência/aplicação à prática. Esta exige atenção específica aos factores e processos que influenciam não só a produção/obtenção/organização mas também a disseminação/adopção. Tais matérias tem, aliás, vindo a ter especial relevo no que toca a uma prática baseada na evidência, tanto em PdS⁴⁷ como na área da saúde em geral (v.g. Bowen, Zwi, 2005; Raposo, 2003)⁴⁸.

⁴⁵ Ilustração da atenção que o “diagnóstico da capacidade”/“*capacity mapping*” para a PdS tem recebido recentemente, nomeadamente no contexto europeu, são a iniciativa “*HP-Source.net that developed a uniform system for collecting information on health promotion policies, infrastructures and practices*” à escala nacional (Mittelmark *et al.*, 2006, p. 93; 2005) e a “*European Health Promotion Capacity Mapping Initiative*” da OMS iniciada em 2005, centrada, neste caso, num mapeamento da capacidade de acção face aos determinantes socioeconómicos da saúde (Mittelmark *et al.*, *ob. cit.*; OMS - *site Euro-SDH*).

⁴⁶ A proposta desenvolvida por Hawe e colegas (2000) – porventura a mais citada neste domínio – inclui as seguintes áreas de acção: Desenvolvimento Organizacional; Desenvolvimento da Força de Trabalho/*Workforce*; Parcerias e ainda Liderança e Atribuição de Recursos. Um outro exemplo será a análise de Crisp *et al.* (2000), que identifica estratégias agrupáveis em 4 grandes tipos de abordagens: organizacional *top-down* (mudando políticas e práticas); organizacional *bottom-up* (e.g., visando competências do pessoal); parcerias; organização comunitária. Finalmente, um exemplo mais específico de conceptualização da capacidade comunitária em torno de 4 domínios: redes de parceria; transferência de conhecimento; resolução de problemas; infra-estrutura (Bush *et al.*, 2002).

⁴⁷ Como ilustração da importância e visibilidade destas questões, refira-se a publicação do Suplemento n.º 1 de 2005 da *Promotion & Education*, dedicado a “*The challenge of getting evidence into practice*” ou o projecto europeu *Getting Evidence into Practice* (GEP), da responsabilidade da EuroHealthNet e IUHPE, com o apoio financeiro da Comissão Europeia (com resultados incluídos nessa mesma publicação).

⁴⁸ Bowen e Zwi (2005), por exemplo, constroem o seu referencial sobre o uso da evidência na decisão política em

Importará destacar que o Dispositivo de PromS, para além de atender às questões mais tradicionais – como a existência de sistemas de informação para monitorização de resultados e processos, compatíveis com o referencial PromS, ou a capacidade de investigação/ criação de conhecimento –, deve precaver os aspectos relativos à sua disseminação, partilha e uso tendo em atenção os vários tipos de intervenientes implicados.

Dada a multiplicidade de actores implicados e a diversidade de níveis/esferas de actuação envolvidas nas estratégias integradas que tipicamente caracterizam a PromS, processos/ mecanismos de *Integração/ Articulação* entre estes intervenientes tornam-se aspectos de especial importância no Dispositivo de intervenção. Poder-se-ão mencionar, ainda que de modo breve, as seguintes vertentes:

3.4.5. ➤ A clarificação de competências e adequada articulação dos vários **níveis** de actuação – nomeadamente plano **local, regional, nacional**, e possivelmente, internacional –, com destaque para a relação entre administração central e local, são aspectos a contemplar no Dispositivo, com repercussões potencialmente importantes na implementação da PromS (v.g., Allin *et al.*, 2004; Review, 2002). A colaboração **intersectorial** (dentro e fora da administração pública) e a constituição de **parcerias**, envolvendo uma diversidade de entidades, é uma das características chave da PdS, destacada em muitos modelos/trabalhos (v.g., Rootman, 2001) e documentos orientadores, como a Declaração de Jacarta (Jacarta, 1997) e a Carta de Bangucoque (Bangkok, 2005).

O tipo de mecanismos adoptados para estabelecer tal interrelação acarreta implicações relevantes (v.g., Milio, 2001), encontrando-se na literatura várias teorias e modelos de ligação entre organizações, que se tendem a diferenciar em função de factores como o grau de formalização, de investimento de recursos, de influência, etc.⁴⁹.

3.4.6. ➤ A **participação** é, como se tem insistido, um princípio estruturante de PromS, com implicações directas para o Dispositivo. Este deve pois incluir mecanismos que, especificamente, permitam e incentivem o envolvimento de todos os interlocutores relevantes – com ênfase para a população “beneficiária” – nas várias fases e vertentes do planeamento de uma iniciativa PromS: “*People have to be at the centre of health promotion action and decision-making processes*” (Nutbeam, 1998, p. 2).

Não cabendo aqui enumerar os mecanismos ou técnicas específicas de promoção da participação⁵⁰, importa sublinhar, porém, que a um amplo consenso na sua proclamação, correspondem divergências (nem sempre explícitas) na interpretação do conceito e variabilidade significativa no grau e modo em que é efectivamente implementada.

Uma distinção de fundo será entre uma *abordagem utilitária* da participação, como meio para facilitar a implementação, eficácia e sustentabilidade das iniciativas, e a *participação “empoderadora”*, que constitui por si mesma uma finalidade da intervenção (v.g., Oakley, Kahssay, 1999; Wallerstein, 2006). Sendo aquelas preocupações válidas, é neste segundo sentido, que remete para a real implicação dos indivíduos/ comunidades nos processos de decisão – com as questões de (partilha de) poder a tal inerentes –, que a participação assume toda a sua dimensão como valor central em PromS, contribuindo para o *empowerment* e a *capacitação/ capacity building*.

torno da ideia de um processo por que passará a informação: “adoptar, adaptar e agir”. Neste percurso distinguem 3 estádios: obtenção/*sourcing*, uso e, por fim, implementação da evidência. Os autores exploram a forma como diversos tipos de factores (quer do contexto, quer a nível dos indivíduos, organizações e sistema) influem, de modo distinto, em cada um destes estádios. Paralelamente, no campo da Gestão da Conhecimento/*Knowledge Management* é frequente encontrar a referência aos seguintes quatro estádios: aquisição ou recolha da informação; seu armazenamento/ organização (geralmente com recurso a tecnologias/TIC, como a Internet e bases de dados); disponibilização (fazendo a informação chegar aos utilizadores que dela necessitam, no momento certo); e finalmente uso (v.g. Maërtensson, 2000); havendo autores que sublinham ainda a relevância dos processos de partilha na criação/gestão do conhecimento (*idem*).

⁴⁹ Por exemplo, O'Neill *et al.* (1997, cit. em Nutbeam, Harris, 2004) definem um continuum de modalidades de colaboração, do menos para mais o formal: rede, aliança, parceria, coligação/*coalition*, colaboração total.

⁵⁰ Tema a retomar noutros capítulos do trabalho.

Uma tipologia clássica dos processos participativos que clarifica diferenças no grau de poder de decisão envolvido é a “*Ladder of Citizen Participation*” de Arnstein (1969)⁵¹. Estes também podem ser concebidos como um continuum de vários estágios inter-relacionados e sobreponíveis: no nível mais básico informação/comunicação, depois consulta às populações e finalmente efectivo envolvimento e colaboração com os profissionais/serviços, ou até mesmo, no extremo, principal responsabilidade dos indivíduos/comunidades (v.g., Health Canada, 2000; Sheedy *et al.*, 2008).

Um outro aspecto que importa igualmente ressaltar é o momento e o tipo de processo em que ocorre a participação. Assim, por exemplo, se o mais habitual, em especial nas abordagens mais “instrumentais”, é o envolvimento da população na fase de diagnóstico (visando uma melhor adequação/*fit* da iniciativa às suas características) ou eventualmente nas etapas finais e/ou em conselhos de parceiros ou órgãos afins (procurando vias para a sustentabilidade do projecto), uma participação mais empoderadora deverá incentivar a implicação dos indivíduos em todas as etapas e componentes da iniciativa – da consensualização de pressupostos, diagnóstico e definição do plano à avaliação, da investigação à implementação.

Finalmente, assinala-se que se este tópico de participação, no quadro do Dispositivo, se centra sobretudo na participação em iniciativas concretas de PromS (e.g., projectos, serviços ou mesmo processos de formulação de políticas particulares), é também consentâneo com os valores de PromS e, ao limite, essencial para a concretização da visão de Otava, a promoção da **participação mais genérica dos cidadãos** numa diversidade de processos e decisões. Porque (a redistribuição d) o poder de decisão é factor de *empowerment* e de equidade em saúde (v.g., CSDH, 2008). Porque o empenhamento dos decisores em políticas públicas saudáveis depende também do apoio da população/ opinião pública - cuja preparação para tal (cf. Raphael *et al.*, 2008) se poderá então conceptualizar como uma das vertentes de *capacity building* em PromS. E porque - com a “expansão do território da saúde”, “*health is everywhere*” e, logo “*every choice in daily life potentially becomes a choice for or against health*” (Kickbusch, 2007, pp. 151, 152) -, PromS implica facilitar o envolvimento informado e activo dos cidadãos em decisões que vão do nível micro/pessoal ao macro/colectivo (e.g., das decisões de consumo, à eleição dos governantes e participação em movimentos sociais).

C. Síntese e Implicações

A Figura 2-I sintetiza algumas das principais características do referencial traçado, facilitando a sinalização da sua relação com o presente trabalho⁵².

De acordo com a lógica do próprio Referencial, a sua aplicação ao problema concreto em presença – políticas de promoção da saúde da população de 65+ anos em Portugal – envolveria “um preenchimento” das várias componentes do enquadramento geral PromS com elementos mais pormenorizados (pressupostos/ conceitos/ teorias focalizadas e dados empíricos sobre a realidade/ contexto em causa), seguindo as etapas e procedimentos esboçados. A exploração e aplicação integral do Referencial está porém fora do âmbito do presente trabalho, que irá poder aprofundar só algumas das tarefas e vertentes do Referencial – procurando, no entanto, assegurar a sua coerência face ao conjunto do modelo. Atendendo à delimitação inicial do propósito do estudo e às condições práticas existentes para a sua prossecução, poderão então agora definir-se os passos subsequentes do percurso a empreender, situando-os por referência às etapas e conteúdos previstos no Referencial:

- A definição dos propósitos do estudo desde logo clarifica que este pretende contribuir para a etapa (2) de *Plano* – ainda que sem a completar integralmente (o que exigiria outros *recursos* – e *intervenientes*!) -,

⁵¹ Nesta escada em 8 níveis, os “degraus” inferiores (Manipulação e Terapia) traduzem de facto uma não participação, enquanto as actividades de Informação, Consulta e Aplacação correspondem a formas de participação simbólicas/ *tokenism* pois, dando já voz aos indivíduos, não garantem porém efectiva influência na decisão; os degraus superiores - as Parcerias, a Delegação de Poder e o Controle pelo cidadão -, envolvendo níveis crescentes de poder de decisão, serão os mais compatíveis com os valores PromS (Arnstein, 1969).

⁵² A sombreado no gráfico as zonas/ vertentes abordadas ao longo do trabalho.

ficando naturalmente excluídas tarefas de *implementação* e *avaliação*. Quanto aos conteúdos de PromS, foi predefinido, em termos de *Estratégias*, a adopção, como “ponto de entrada”, do grupo etário 65 e mais anos, e o privilegiar do desenvolvimento de “Políticas” como via base de actuação⁵³, situando também a atenção preferencialmente no nível nacional.

• Neste Cap. 1 cumpriu-se a etapa (0) de *Clarificação dos Pressupostos* base gerais, com a definição do próprio Referencial e, em particular, estabelecendo critérios quanto aos *Princípios Transversais* adoptados, *Concepção de Saúde* e *Valores* a seguir na intervenção PromS.

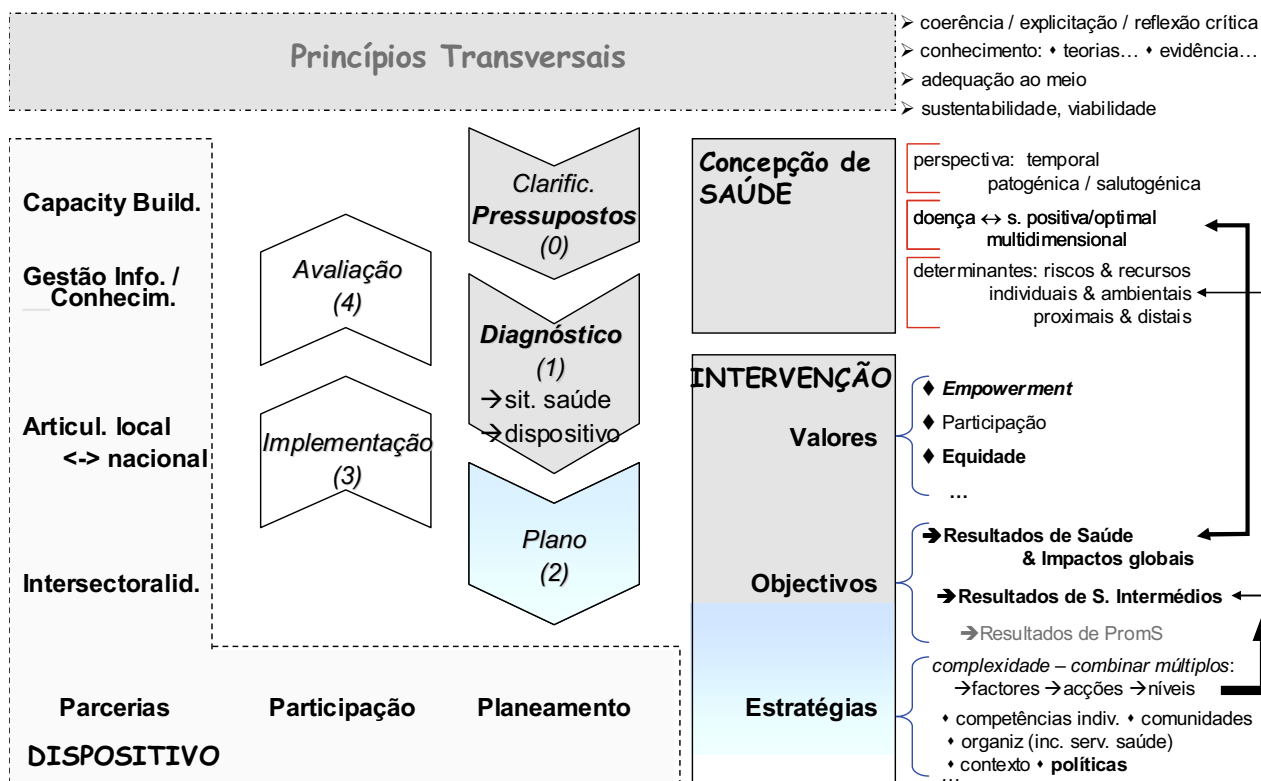
• Falta ainda clarificar uma *Concepção de Saúde* mais especificamente orientada para a população de 65+ anos, recorrendo ao *Conhecimento* actual (com especial atenção para teorias, conceitos e evidência sobre dimensões e determinantes da saúde mais relevantes para este grupo – já que estes serão aspectos a abordar no *Diagnóstico* e subsequente definição de *Objectivos*) – a matéria do Cap. 2.

• A perspectiva das próprias pessoas idosas sobre este tema será focada no Cap. 3, em acordo com os princípios de pluralidade do *Conhecimento* e como aproximação às questões da *Participação* e *Empowerment*.

• Segue-se, na etapa (1) de *Diagnóstico*, a caracterização da situação de saúde da população de 65+ anos no contexto específico de intervenção (Portugal - nível nacional). Focada nos resultados/dimensões de saúde que poderão constituir *Finalidades últimas* de PromS e nos determinantes de saúde que são potenciais *Objectivos intermédios* da intervenção (Cap. 5); é dado especial ênfase à óptica de *Equidade*, que é *Valor* central em PromS (aprofundada no Cap. 4) e, mais genericamente, a uma *Concepção* abrangente, positiva e multideterminada *da saúde* que distingue a PromS de algumas outras abordagens de (promoção da) saúde.

• A síntese (Cap. 6) das conclusões mais relevantes referentes à situação de saúde dos idosos portugueses, abordada nos capítulos da II Parte, a que se juntam alguns dados sobre a componente legislativa do *Dispositivo* de intervenção existente, delimita os principais elementos de *Diagnóstico* reunidos. Estes irão servir de base a uma proposta (Cap. 7) de selecção de *Objectivos* e áreas prioritárias a contemplar num *Plano* de intervenção, bem como algumas outras breves pistas/hipóteses quanto a *Estratégias* e vertentes do *Dispositivo* numa política nacional integrada de Prom65+.

Figura 2-1: O referencial PromS e a investigação desenvolvida



⁵³ Sublinhe-se que esta perspectiva não exclui, de forma alguma, os demais tipos de actividade PromS – tanto mais que a formulação de políticas é entendida também como meio de os enquadrar e estimular.

Cap. 2

PromS 65+: Um referencial para a definição de objectivos Dimensões e determinantes da saúde das pessoas com 65+ anos

A. Concepção de Saúde 65+	34
B. Objectivos de PromS 65+	42
B.1. Resultados de Saúde e Impactos Globais	42
B.1.1. Ganhos em Saúde: Realizar o Potencial	42
B.1.1.1. Mortalidade / Longevidade	42
B.1.1.2. Morbilidade: Doenças e outras Condições de Saúde específicas	44
B.1.1.3. Funcionalidade/Incapacidade	49
B.1.1.4. Saúde Subjectiva ou Auto-Avaliação de Saúde	58
B.1.1.5. Bem-Estar (BE), Qualidade de Vida (QV) e outros resultados globais	59
B.1.2. Desigualdades Sociais em Saúde – uma questão transversal	67
B.2. Resultados Intermédios / Determinantes da Saúde	74
B.2.1. Características e Respostas Individuais	74
B.2.1.1. Património genético e factores biológicos	74
B.2.1.2. Factores psicológicos	76
B.2.1.3. Comportamentos	84
B.2.1.4. Transições, Acontecimentos de Vida e Stress	90
B.2.2. Contexto de Vida	93
B.2.2.1. Ambiente Social	95
B.2.2.2. Ambiente Físico	102
B.2.3. Do Indivíduo ao Macro-Contexto	108
B.2.3.1. Posição socioeconómica (PSE) e factores associados	108
B.2.3.2. Actividade laboral/produziva	116
B.2.3.3. Aprendizagem ao longo da vida, informação, capacity building, literacia	117
B.2.3.4. Sistemas/Serviços de Saúde, Sociais e outros. Factores Macro-estruturais	120
B.2.4. Ainda outra questão transversal: <i>Empowerment</i>	124

No Cap. 1 delineou-se o referencial PromS, que estabelece grandes linhas para enquadramento da intervenção em promoção da saúde em geral. Este capítulo aproxima-se um passo mais do propósito específico do presente trabalho, aprofundando e especificando as componentes do referencial relevantes para a formulação de **objectivos** para políticas de PromS relativas à população de **65 e mais anos** (65+). Trata-se pois, ainda, de uma etapa de revisão de literatura mas centrada agora nessa vertente e grupo particular e estruturada em função da perspectiva crítica estabelecida pelo referencial.

Em PromS, como se viu (Cap.1-B.3), nos objectivos ou resultados a visar pela intervenção podem distinguir-se **Resultados de saúde e impactos globais** e **Resultados de saúde intermédios**¹, os quais, por sua vez, decorrem de uma selecção (e operacionalização), respectivamente, dos “estados”/dimensões de saúde/bem-estar a promover e dos determinantes, modificáveis, que mais os condicionam na população em causa. Ora, como se destacou na Componente (i) do referencial, a articulação do que são esses estados/dimensões e determinantes de saúde pertinentes, ganha coerência, por sua vez, no quadro de uma **Concepção de Saúde** global, que importa explicitar – no caso concreto, para a população 65+.

¹ Uma proposta de intervenção PromS deverá ainda, como se viu no Cap. 1, incluir um terceiro nível, correspondendo ao plano mais concreto da hierarquia de objectivos: os Resultados de PromS. Estando estes, porém, já muito ligados às condições específicas de intervenção e estratégias/actividades adoptadas, não se justifica a sua inclusão numa abordagem mais genérica como a que aqui se adequa fazer.

Assim e antes de avançar para a discussão de possíveis objectivos/resultados de PromS 65+, ir-se-ão primeiro abordar, na secção A, alguns conceitos que poderão ajudar a dar coerência a uma visão da saúde nesta etapa da vida, abordada com enfoque no processo de envelhecimento.

A secção B, guiada então por essa visão - bem como pelo conjunto das orientações PromS² -, recorre à teoria e evidência internacional para elencar e discutir variáveis de saúde/bem-estar (B1) e factores determinantes (B2) que mais interesse poderão assumir para operacionalizar potenciais objectivos/resultados de políticas PromS para pessoas de 65+ anos.

Naturalmente a selecção final dos aspectos que mais relevo assumem para uma dada população e contexto, justificando priorização enquanto objectivos PromS, deverá alicerçar-se num conhecimento empírico da realidade concreta em presença – propósito que a 2ª parte do presente trabalho procurará avançar. Aí, tomando como referente a fundamentação teórica-empírica estabelecida neste Cap. 2, ir-se-ão reunir dados para uma caracterização da situação da população portuguesa de 65+ anos em termos das dimensões e determinantes da saúde/bem-estar agora identificados.

A. Conceção de Saúde 65+ ³

Para esboçar uma concepção de saúde ajustada às características particulares da população de 65+ anos será útil a exploração de algumas das abordagens mais habituais à saúde desta população e/ou ao processo de envelhecimento – cingindo-se porém àquelas que comportam algum potencial de entendimento multidimensional e amplo destes temas, como exige o Referencial PromS adoptado.

A literatura na área da **saúde pública** orientada para a saúde nesta faixa etária aqui relevante, centra-se habitualmente numa caracterização da situação com base nos constructos de mortalidade, morbilidade (com destaque para as doenças crónicas) e auto-percepção da saúde – frequentemente acrescidos de alguns indicadores relativos à funcionalidade e incapacidade/*disability* e, por vezes, a factores de risco. A concepção de saúde subjacente, fica, em geral, somente implícita, mas com realça Crimmins (2004), assenta, em geral, com variações que são sobretudo terminológicas, nas seguintes dimensões de “saúde”, causalmente encadeadas: factores de risco; doenças, condições de saúde e deficiências/impairments; perda funcional; incapacidade/disability; morte. Trata-se, como a própria autora sublinha, de uma simplificação, para mais referente a alterações na saúde da população e não a nível do indivíduo. Ainda assim, este modelo ilustra o que será a principal limitação da abordagem biomédica tradicional: orientada para uma visão do envelhecimento como um problema, centrada na doença, na dependência e na morte, é pouco promissora para uma PromS abrangente. Embora tais questões sejam sem dúvida marcantes para a saúde das pessoas idosas, é imprescindível incluir um olhar sobre o envelhecimento normal e, mesmo, optimal, se se pretende ir além de uma actuação curativa ou mais estritamente preventiva.

Se por essas razões a **epidemiologia** clássica se revela limitada para os presentes propósitos, merecem no entanto especial referência as abordagens que procuram uma compreensão da etiologia da saúde-doença numa perspectiva de “curso de vida” - *life course epidemiology/LCE*. Definida como “*the study of long term effects on later health or disease risk of physical or social exposures during gestation, childhood, adolescence, young adulthood and later adult life*” que visa elucidar “*biological, behavioural, and psychosocial processes that operate across an individual’s life course, or across generations, to influence*

² Relembre-se que referencial PromS acentua a importância de interligar de forma coerente e explícita (cf. *Princípios transversais*, Cap. 1-B.3) os vários elementos do modelo pelo que, ao limite, todos os aspectos do mesmo terão de ser tidos em conta na formulação de objectivos. A destacar, ainda assim, a influência particular neste aspecto dos *Valores* subjacentes à intervenção (cf. componente (ii) – Cap. 1-B.3), que se vêem directamente reflectidos nalgumas das propostas de objectivos formuladas – designadamente as que visam a definição de metas explícitas de redução de iniquidades em saúde e de *empowerment* das pessoas mais velhas.

³ Parte dos conteúdos desta secção foram, entretanto, objecto de publicação (Almeida, M., 2007).

the development of disease risk” (Kuh *et al.*, 2003, p. 778; Ben-Shlomo, Kuh, 2002), este tipo de abordagem tem vindo a merecer atenção crescente nos últimos anos. A LCE pressupõe modelos de causalidade complexos, que implicam não só a consideração dos efeitos de exposição precoce, mas também – reconhecendo a plasticidade inerente aos sistemas – a exploração de mecanismos/*pathways* envolvendo factores biológicos, psicológicos e sociais, que actuando de forma independente, cumulativa e interactiva, se sucedem e interligam ao longo de toda a vida. Requer ainda uma compreensão da trajectória normativa dos sistemas biológicos (incluindo a organização temporal de fases de crescimento, estabilidade e declínio e de períodos críticos e sensíveis). Muito embora os trabalhos nesta linha tenham óbvia aplicabilidade à população em geral, podem-se tornar particularmente esclarecedores quando estão em causa questões de saúde que traduzem efeitos cumulativos prolongados e/ou que adquirem visibilidade ao conjugar-se com um decréscimo já significativo da função biológica – como é frequentemente o caso nas idades mais avançadas –, gerando ainda hipóteses úteis em termos de intervenção PromS – e.g. ao ajudar a identificar *“chains of risk that can be broken and times of intervention that may be especially effective”* (WHO, ILC-UK, 2000, p. 6). Especialmente relevante no quadro da concepção de saúde adoptada no presente trabalho será a conjugação destes modelos epidemiológicos de “curso de vida” com os “eco-sociais” e “multiníveis” (v.g. Krieger, 2001a) – os quais expressamente *“seek to integrate social and biological reasoning and a dynamic, historical and ecological perspective to develop new insights into determinants of population distributions of disease and social inequalities in health”* (Krieger, 2001b, p. 694).

No entanto, uma importante limitação quanto ao recurso a estas conceptualizações no presente trabalho, é que, embora sejam teoricamente aplicáveis a noções de saúde e bem-estar mais amplas, na prática a investigação tem-se centrado essencialmente na doença (em particular nas doenças crónicas – e.g. Ben-Shlomo, Kuh, 2002).

Por sua vez, no campo da produção científica em gerontologia, encontram-se, nas últimas décadas, inúmeros trabalhos que exploram precisamente conceitos que se pretendem contrapor a uma tal visão do envelhecimento como sinónimo de patologia e declínio.

Destes, aquele que será, porventura, o mais divulgado é o de **envelhecimento bem-sucedido/ *successful ageing*** (EBS).

Apesar da considerável literatura que, nas últimas décadas, se tem acumulado em torno do termo, não há uma definição ou critérios consensuais sobre o que, de facto, constituirá EBS (Depp, Jeste, 2006). Reúnem-se aliás, sob esta mesma designação, abordagens bastante diversas: numa revisão de 170 artigos sobre o tópico, Bowling e Dieppe (2005), encontraram definições que remetem quer para teorias biomédicas, quer psicossociais, quer para combinações de ambas. E se bem que muitos dos trabalhos que adoptam esta terminologia tenham uma vocação essencialmente empírica (v.g., Vaillant, Mukamal, 2001), há também propostas conceptualmente mais estruturadas.

Provavelmente a mais divulgada será a do modelo de **Rowe e Kahn**, que pretendia, na sua formulação original, em 1987, exactamente alargar e contrabalançar o ênfase tradicional na distinção entre o que era envelhecimento “normal” e “patológico”, introduzindo uma diferenciação, dentro dos estados não patológicos, entre o envelhecimento dito “habitual” e o “bem sucedido” (Rowe, Kahn, 1997). Os autores, apoiando-se no estudo longitudinal da MacArthur Foundation, vão desenvolvendo o modelo, o qual, a partir de 1997, adquire um carácter mais claramente multidimensional. Comporta então 3 componentes, com uma interrelação tendencialmente hierárquica, cuja conjugação representará a plena realização de um envelhecimento bem sucedido:

- Evitamento de doença e incapacidade – à mais habitual dimensão de presença/ ausência de doença, Rowe e Kahn acrescentam a da presença/ausência e gravidade de factores de risco para doenças crónicas, permitindo assim destacar, de entre os idosos em processo de envelhecimento “habitual” (sem doenças), um subgrupo “bem sucedido” (com mais baixo risco).
- Maximização das funções cognitivas e físicas resultando num elevado nível de capacidades nestes dois planos;

- Envolvimento/compromisso com a vida – i.e., a manutenção de actividades produtivas de utilidade social (sejam ou não remuneradas) e de relacionamentos interpessoais (envolvendo trocas e suporte sócio-emocional e instrumental).

É de valorizar o facto de este modelo acentuar o carácter modificável de aspectos anteriormente assumidos como “normais” (leia-se intrínsecos) do envelhecimento e levar as perspectivas de intervenção para lá da prevenção da doença e incapacidade. Diferencia-se pois das abordagens biomédicas mais tradicionais, sublinhando um conceito multidimensional e positivo de envelhecimento bem sucedido – que, nessa medida, se aproxima da definição de saúde da OMS. Se se adoptar a proposta de Crowther e colegas (2002) de acrescentar ao modelo um novo factor, de espiritualidade positiva, maior seria ainda a convergência com as dimensões de saúde incluídas nas concepções mais recentes da OMS (Bangkok Charter, 2005).

No entanto, podem-lhe ser também apontadas várias limitações. Uma das mais salientes é a de se aplicar essencialmente a uma “elite” de idosos, ao adoptar critérios de sucesso que não só serão porventura difíceis de atingir para a maioria das pessoas (Masoro, 2001), como, sobretudo, são do tipo “tudo ou nada” – não fazendo jus a uma visão da saúde como um *continuum* e excluindo, por exemplo, as situações de incapacidade, doença crónica ou, tão só, de maior risco e fragilidade. Por outro lado, os critérios de sucesso propostos por este modelo centram-se em resultados (*outcomes*) de carácter normativo e objectivo, pressupondo a sua aplicabilidade universal. Afasta-se assim, em particular, de um entendimento da saúde como meio ao serviço das aspirações e necessidades individuais, com a consequente componente subjectiva e inevitável variabilidade interindividual. Finalmente, muito embora contemple dimensões que não são do foro da “saúde”, no seu sentido mais estrito, a hierarquia estabelecida dá-lhe primazia incontornável. Simplificadamente, o modelo subentende então a atribuição de um rótulo de “não sucesso” aos casos/indivíduos que não atinjam determinados padrões – exigentes! – de saúde. Sendo redutora da diversidade dos significados, valores, culturas, percursos e circunstâncias de vida, tal “prescrição” abrirá mesmo portas, como alguns autores sublinham (Holstein, Minkler, 2003), a uma visão hegemónica e implicitamente valorativa (quanto mais não fosse pelo uso dos termos sucesso/fracasso), por isso mesmo penalizadora de todos quantos a ela não se conformem.

Outra proposta, também amplamente divulgada, que parece ultrapassar algumas destas limitações, é a de **P. Baltes e M. Baltes**. Estes autores avançam (1990) uma (proto)teoria sobre envelhecimento bem-sucedido, numa perspectiva psicológica, assente numa estratégia prototípica – a “optimização selectiva com compensação” (OSC). Trata-se de um processo dinâmico de equilíbrio entre ganhos e perdas, envolvendo a interacção de 3 processos:

- a) selecção - restrição e priorização de domínios/tarefas/metas/resultados-*outcomes* (em resposta designadamente à limitação de recursos); o indivíduo concentra-se naqueles em que há “*convergence of environmental demands and individual motivations, skills and biological capacity*” (*ob. cit.*, p. 21);
- b) optimização - maximização do nível de funcionamento através do aumento, enriquecimento ou manutenção dos meios/recursos relevantes para a eficácia nos domínios/ metas seleccionados; é, pois, em boa medida contingente face às condições ambientais (Baltes, Carstensen, 1996);
- c) compensação - utilização de meios alternativos quando os recursos deixam de ser suficientes para atingir os resultados pretendidos; como nos processos anteriores, estes podem ser internos (e.g., novas estratégias mnemónicas) ou externos (e.g., tecnologias).

Corresponderá a uma estratégia de adaptação universal, inerente ao desenvolvimento humano, mas cuja concretização fenotípica é, porém, variável – em função nomeadamente dos domínios ou níveis de análise a que se aplique, e de factores culturais/contextuais e pessoais (que incluem a fase da vida em referência). Portanto, para Baltes e Baltes, o EBS **é um processo adaptativo que, através de uma estratégia de optimização selectiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos** (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim – de forma activa e idiossincrática – maximizar a eficácia no alcançar das metas (revistas), para si prioritárias, num contexto de inevitável redução de recursos/ capacidades.

Dadas as dificuldades, pelo menos até à data, em encontrar indicadores adequados de EBS, os autores sugerem a utilização de critérios múltiplos, conjugando indicadores subjectivos com objectivos - e

recorrendo, neste último caso, preferencialmente ao conceito de adaptabilidade, mais do que a padrões normativos que tendem a ser pouco passíveis de generalização.

Assim, esta proposta parece ultrapassar alguns dos problemas apontados ao modelo de Rowe e Kahn. Não sujeitando a definição do EBS a resultados avaliados por critérios objectivos externos, universais e normativos, centra-se antes nos processos subjacentes, cuja concretização é necessariamente contextualizada. O “sucesso” equaciona-se então aqui com o atingir de metas pessoais subjectivamente valorizadas, que não têm portanto que coincidir com as normas dominantes num dado período histórico e contexto social.

Este meta-modelo é também claramente compatível com a ideia de saúde como recurso ao serviço das aspirações e necessidades individuais e não como um fim em si mesmo – pelo que, embora se possa pressupor que resultados definidos em torno da ausência de doença e incapacidade sejam, em geral, muito desejáveis, tal é relativizado face à “primazia” da selecção idiossincrática das metas prioritárias. Admite ainda uma visão do sucesso no envelhecimento como um continuum, sendo os seus pressupostos aplicáveis à enorme heterogeneidade de situações individuais.

Tem ainda o mérito de evitar uma visão unilateral do envelhecimento, pela negativa ou pela positiva, não acentuando o declínio ou o crescimento, mas sim a noção de balanço de ganhos contra perdas (Baltes, Carstensen, 1996), reforçando a existência de um potencial latente, de “modificabilidade”, sem negar também a inevitabilidade das perdas. Mais ainda, coloca explicitamente o envelhecimento no quadro de um processo dinâmico, de desenvolvimento no curso da vida. Estas noções são aliás reforçadas em publicações posteriores, em que Baltes *et al.* (1999) distinguem três finalidades ou tarefas adaptativas subjacentes ao desenvolvimento: crescimento (i.e., orientação para níveis mais elevados de funcionamento ou capacidade adaptativa); manutenção (incluindo quer o manter do nível de funcionamento face a novas circunstâncias, quer a resiliência/recuperação após uma perda); e regulação de perdas (i.e. assegurar funcionamento adequado a um nível inferior quando a manutenção/recuperação deixa de ser possível). No decurso da vida, a interrelação entre as três orientações e o investimento relativo em cada uma delas, vai-se alterando em resposta aos desafios adaptativos; com um maior avançar da idade ocorreria um investimento crescente de recursos em manutenção e regulação de perdas (em resposta, nomeadamente, à redução do potencial biológico) e decréscimo relativo do ênfase no crescimento. Mas, apesar disso, e do balanço cada vez menos favorável entre perdas e ganhos, o crescimento não deixa de ser possível, pelo menos em alguns domínios – salientando ainda os autores, que as perdas (designadamente no plano biológico) podem, pelos mecanismos de regulação e compensação, estimular evolução noutras dimensões (como a cultural), resultando inclusive numa maior capacidade adaptativa.

Em contrapartida, uma potencial limitação do modelo é o facto de se ancorar no campo da psicologia - muito embora vários dos seus pressupostos tenham já sido explorados em relação com outros domínios (como a biologia e a sociologia, por exemplo - v.g. Baltes, Carstensen, 1996; Halfon, Hochstein, 2002).

Por outro lado, embora explicita a relevância do contexto para um EBS e abrindo até portas a uma perspectiva ecológica/sistémica (1990, p. 7), esta proposta – tal como, aliás, a de Rowe e Kahn – não aprofundará porventura suficientemente esse entendimento da interacção entre o indivíduo e o meio envolvente, em especial quanto ao papel e importância, para o “sucesso” desse processo, dos factores ambientais/ estruturais fora do controle individual.

O “*modelo sociocultural de envelhecimento bem sucedido*” elaborado por **Godfrey** (2001; Godfrey *et al.*, 2004) é exemplo de uma proposta que pretende precisamente colmatar esta última limitação, integrando *agência/agency* e estrutura, contextualizando a experiência individual do envelhecimento na macroestrutura socioeconómica e cultural. Assim, retendo os elementos essenciais da teorização de Baltes e Baltes, este modelo vê o sucesso no envelhecimento como o resultado de uma resposta adaptativa que recorre à selecção, compensação e optimização, visando atingir metas valorizadas a partir do equilíbrio dinâmico entre perdas e ganhos. Salienta, porém, que esses processos a nível “micro” são mediados pelo significado atribuído à experiência, e determinados não só pelos recursos pessoais (intra-individuais, de suporte social ou da comunidade), como também pela situação socioeconómica, em termos

do ambiente físico e social e de circunstâncias materiais. Nesta perspectiva, importa pois explorar sistematicamente o papel de expectativas, normas, e valores culturais, bem como de factores estruturais (como o estatuto socioeconómico, o sexo, a etnia), que no presente e através da história de vida dos indivíduos condicionam o valor por estes atribuído a aspirações e perdas, os padrões de resposta que adoptam e os constrangimentos e oportunidades que se lhes deparam.

Vale a pena assinalar que esta conceptualização é desenvolvida como suporte a uma concepção de serviços preventivos para idosos que, neste quadro, são vistos como recursos de apoio às estratégias compensatórias das pessoas idosas, entendidas como agentes activos, e cuja finalidade é a facilitação do atingir de metas valorizadas pelos próprios.

Outras propostas existem de conceptualização de envelhecimento bem-sucedido⁴, algumas das quais até explicitamente ancoradas na área da saúde (v.g. Inui, 2003) e/ou com úteis indicações para a promoção da saúde/qualidade de vida (v.g. Kahana *et al.*, 2003)⁵ – mas que pouco acrescentarão às anteriores em termos das linhas gerais de enquadramento de PromS65+ que aqui importa esboçar.

O mesmo sucede com conceitos afins – por vezes até usados intermutavelmente – como o de “**competência**”, para Fernández-Ballesteros (2004) um meta-conceito com significativa sobreposição com o EBS, mas que, pelo pendor normativo e ênfase no desempenho individual, não contribui para a perspectiva aqui adoptada.

Por sua vez “**Envelhecimento Saudável**”/*Healthy ageing*, expressão que com grande frequência surge na literatura internacional, parece ser um termo de utilização muitas vezes inespecífica, no sentido em que não se associa a uma conceptualização única ou, sequer, explícita, remetendo, aparentemente, para uma simples aplicação das perspectivas de saúde ao envelhecimento. Merece em todo o caso especial referência o recente projecto europeu com esse título (Healthy Ageing, 2007), que mais vocacionado para reunir e analisar “*facts and evidence concerning health promotion for people aged fifty and over*” (p. 7) e produzir recomendações, do que para uma elaboração conceptual do tema, subscreve ainda assim “*a holistic approach and takes into account health determinants influenced both by society and its policies as well as the individual*” (p. 8), definindo também alguns “*princípios centrais*”: as pessoas idosas são de valor intrínseco para a sociedade; nunca é tarde de mais para promover a saúde; equidade em saúde; autonomia e controle pessoal; heterogeneidade (p. 201).

Será, por outro lado, de lembrar que a própria OMS adoptou, a dada altura, esta terminologia, visando acentuar que o “*focus is on ageing as part of a whole life rather than on a static age group set apart from the rest of the population*” (Kalache, Kickbusch, 1997, p. 4). No entanto tal designação viria a ser preterida a favor da de envelhecimento activo, pretendendo “*to convey a more inclusive message (...) and to recognize the factors in addition to health care that affect how individuals and populations age*” (WHO, 2002a, p. 13).

O termo **envelhecimento activo** tem tido popularidade crescente, nomeadamente no âmbito das políticas⁶. “Bandeira” da OMS a partir de 1999⁷, como um conceito claramente definido, a adopção desta terminologia noutros contextos parece muitas vezes mais “livre”, nem sempre explicitando o racional subjacente e/ou sendo empregue numa acepção bem mais estrita do que a proposta pela OMS.

Nesta, o envelhecimento activo é definido como “**o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem**” (WHO, 2002a, p. 12, trad. pr.). Assenta numa concepção de saúde como concretização, ao longo da vida, do

⁴ Para uma discussão detalhada em português, veja-se, por exemplo, A. Fonseca (2005b).

⁵ O modelo de “Proactividade preventiva e correctiva” destes autores (a retomar noutro ponto do capítulo) detalha uma taxonomia de comportamentos/ adaptações proactivas que podem ser adoptadas pelos idosos, contribuindo para atingir os seus objectivos, manter a identidade e genericamente moderar/reduzir o impacto do stress prolongado face a situações como problemas de saúde crónicos, fragilidade e incapacidade (Kahana *et al.*, 2003).

⁶ Veja-se por exemplo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 em Portugal, ou documentos da União Europeia, na área do Emprego e Assuntos Sociais.

⁷ Inicialmente lançado pela OMS no Ano Internacional das Pessoas Idosas, foi depois reforçado como enquadramento global para políticas multisectoriais e para a investigação sobre envelhecimento no âmbito do Plano Internacional de Acção sobre Envelhecimento, na II Assembleia Mundial de Envelhecimento (WHO, 2002a).

potencial de bem-estar (em que as componentes mental e social são tão importantes como a física), acrescentando-lhe outros dois pilares: participação e segurança. Esta última, que engloba a também a ideia de protecção, dignidade e cuidados, remete mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa. Fá-lo, no entanto, enfatizando, como noutras vertentes, uma perspectiva de direitos e não de assumpção das pessoas idosas como receptores passivos de cuidados. A noção de “actividade” está, nesta conceptualização, associada à de participação (“social, económica, cultural, espiritual, e cívica” – *ob. cit.*, p. 12) e tem portanto conotações que vão muito para lá da actividade física ou laboral. Será de assinalar que embora apresentada como não coerciva, mas antes função dos desejos e capacidades individuais, surge também, sem dúvida, como resposta a objectivos e preocupações societais, nomeadamente as que se ligam ao aumento de custos associados ao envelhecimento demográfico.

A abrangência do conceito assim definido e, em particular, a explícita referência às suas múltiplas vertentes e determinantes⁸, constitui uma das suas grandes virtualidades. Infelizmente, porém, tal abrangência parece tender a perder-se facilmente nas apropriações mais usuais do termo, que o circunscrevem a questões como o exercício físico ou o prolongamento das actividades produtivas.

Este tipo de perspectivas mais limitadas vem de resto evidenciar uma questão que é já indiciada na análise da abordagem da OMS: porventura exactamente na medida em que a saúde é vista como um recurso, e não como um fim em si mesmo – ideia de resto consentânea com a concepção PromS -, ela é susceptível de ser posta ao serviço de uma “agenda” mais ampla. Trata-se então de saber que fins são esses que serve e quem os define: podem-se priorizar metas individuais ou interesses colectivos, da sociedade ou de subgrupos dentro desta; tal como a selecção do que são metas desejáveis pode assentar em definições académicas, critérios políticos, ou nas perspectivas dos próprios.

Não havendo, naturalmente, respostas unívocas a tais questões, importará sobretudo explicitar as opções tomadas, já que não é legítimo assumir como certo que as várias perspectivas sejam coincidentes e isentas de conflito potencial. Quanto mais não seja, atendendo às preocupações que se têm vindo a gerar em torno do envelhecimento demográfico - e em especial quanto ao crescimento de custos de cuidados de saúde e de pensões, regimes de segurança social e à sustentabilidade da rede de cuidados, inclusive informais⁹ -, esta é uma temática que tende a mobilizar fortes interesses e tensões políticas, económicas e, potencialmente, sociais e culturais. O quadro de competição pelos recursos disponíveis, nomeadamente em termos de investimentos públicos, agudiza também a importância de procurar em permanência esclarecer quais as opções que se encontram em concorrência/conflito, real ou percebido, e os interesses e implicações que lhes estão associadas¹⁰.

Por outro lado, quanto à questão de quem define o que são metas desejáveis, se a “tradição” é a de supor que os especialistas, ou mesmo os decisores políticos, conhecem o que é do melhor interesse dos indivíduos/ grupos/ sociedade, na discussão de outros conceitos de envelhecimento sublinharam-se já algumas das limitações e riscos de concepções normativas da saúde – assim como se valorizou, no Referencial (Cap. 1), o pluralismo no conhecimento em PromS. Acresce que o princípio de *empowerment*, central em PromS, reforça a importância de dar aos próprios interessados voz activa na definição das finalidades a priorizar¹¹.

⁸ Destaque-se que esta proposta explora diversos determinantes da saúde, em sentido amplo, situados a vários níveis (desde influências transversais como a cultura e o género, até factores pessoais e comportamentos, passando pelos serviços sociais e de saúde e o ambiente físico e social), salientando a importância de considerar a sua influência conjunta e interrelacionada ao longo da vida.

⁹ Para uma reflexão em torno do conceito de “velhice enquanto problema social, a reconstituição da sua génese e o processo social de construção e institucionalização do problema” veja-se A. Fernandes (1997, p. 163).

¹⁰ Exemplo pertinente neste contexto é a contraposição “clássica” entre as intervenções de promoção/prevenção da saúde e as intervenções médicas curativas especializadas, cada vez mais sofisticadas, que absorvendo grandes fatias dos orçamentos, públicos e privados, mobilizam também interesses económicos muito significativos (v.g. Evans, Stoddart, 2003). Face a estas, as acções visando os determinantes não médicos da saúde, mesmo que apresentando a prazo maior “rentabilidade” (não só económica mas também social/humana), têm menor visibilidade e capacidade de mobilização de grupos de pressão.

¹¹ Note-se que tal valorização do papel dos indivíduos exige, na abordagem aqui adoptada, atenção paralela ao reforçar da sua capacidade de resposta, aquilo a que alguns chamaram “resposta-abilidade”/ *response-ability*: “the

Nesta linha, torna-se particularmente pertinente a consideração das **concepções leigas de envelhecimento** – importante, quanto mais não fosse, como salientam Bowling e Dieppe (2005), para testar a validade e relevância de medidas e políticas junto da população a que se pretende que sejam aplicadas. Na já referida revisão de literatura sobre “envelhecimento bem sucedido”, estes autores verificam ser ainda escassa a investigação sobre as perspectivas das pessoas idosas nesta matéria, constatando, com base nos estudos existentes, que, embora com alguma sobreposição, as definições leigas tendem a ser mais abrangentes e multidimensionais do que as dos investigadores. Num artigo mais recente, Bowling e Iltis (2006), testam cinco modelos de “envelhecimento bem-sucedido” num inquérito junto de pessoas idosas. Concluem que aquele que se baseia na visão leiga se revela mais adequado para avaliar resultados de intervenções em promoção da saúde, já que é o melhor preditor da qualidade de vida percebida dos participantes.

Em **síntese**, uma breve análise de algumas abordagens à questão do envelhecimento, com ênfase para conceitos mais abrangentes que possam contribuir para um enquadramento da visão da saúde PromS65+ - i.e., compatível com o referencial geral traçado (Cap. 1) e adaptada à população com 65+ anos -, retoma aspectos então assinalados e reforça outros mais. Em linhas muito gerais parecem de destacar, como eixos de referência a adoptar:

- a saúde deve (também nesta fase da vida) ser entendida na sua multidimensionalidade, envolvendo a interligação de dimensões biológicas, psicológicas, espirituais, sociais, materiais¹²;
- há uma continuidade essencial (ainda que com especificidade) dos processos ao longo do curso da vida;
- embora perdas/ declínio tendam a assumir maior destaque nas idades avançadas, persistem não só possibilidades de regulação e compensação como de manutenção/ recuperação e crescimento;
- neste processo de adaptação face às alterações, o indivíduo é um agente activo, recorrendo aos recursos disponíveis e podendo adoptar quer estratégias de ajustamento interno, quer de acção sobre o meio;
- subjacente a este processo e condicionando o seu resultado, está uma multiplicidade de determinantes individuais, ambientais/estruturais, interagindo entre si e actuando em vários níveis e esferas, ao longo do tempo;
- o processo e a avaliação do seu “sucesso”, ganham significado no contexto particular de existência e trajectória de vida de cada indivíduo.

Decorrem também daqui algumas indicações genéricas para uma intervenção (e investigação) PromS65+ - por exemplo:

- a intervenção pode e deve aumentar recursos, reduzir riscos e obstáculos e otimizar estratégias adaptativas, valorizando a iniciativa e controle individual; qualquer das vertentes pode ser encarada não só numa perspectiva de défice mas também positiva, de promoção de crescimento/ melhoria – por exemplo, ambientes favoráveis (e.g., tecnologia, factores culturais, serviços) podem ter um papel de compensação face a perdas (v.g., Baltes, Baltes, 1990; Baltes *et al.*, 1999; Godfrey, 2001) mas também de estimulação (v.g., Wahl, Weisman, 2003);
- há que valorizar a plasticidade e possibilidade de modificação actual¹³ (v.g. Baltes, Baltes, 1990; Rowe, Kahn, 1997) – sem esquecer efeitos ao longo da vida (implicando o interesse de, precocemente, não só reduzir riscos, como otimizar níveis de capacidade/recursos e funcionamento, minorando assim o impacto de declínio posterior);

capacity of individuals for building on their strengths and meeting the challenges posed by the environment” (Holstein, Minkler, 2003, p. 790, citando Minkler, 1999). Ou seja, a perspectiva de *empowerment* aqui defendida pressupõe que não só se deverá trabalhar no sentido de dar às pessoas mais palavra e poder efectivo de decisão sobre o que é um “bom envelhecimento”, como, simultaneamente, desenvolver as competências individuais e condições externas que são pré-requisito para que possam analisar criticamente as situações e agir em conformidade.

¹² Uma das muitas definições encontradas para envelhecimento, descreve-o como “multifacetado e consistindo em processos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais interdependentes”, salientando ainda que “as vidas são vividas num contexto social e histórico” e “a relação entre os indivíduos e a sociedade é multidimensional e interactiva” (Crowther *et al.*, 2002, p. 615).

¹³ A compreensão mais exacta da amplitude desta plasticidade e da forma como evolui com a idade continua a ser, porém, matéria a requerer exploração empírica (v.g., epidemiologia do “curso da vida” - Kuh *et al.*, 2003).

- importa atentar ao conjunto dos factores relevantes e à sua tradução em termos da “congruência entre o idoso e o ambiente, otimizando a adaptação” (Paúl, 2005, p. 39); trata-se pois não só de contemplar ambos os níveis, individual e ambiental, mas, mais ainda, de os integrar, numa abordagem ecológica - incorporando adicionalmente o factor tempo (v.g., Satariano, McAuley, 2003);
- a grande heterogeneidade/variabilidade interindividual que se verifica neste “grupo”, inviabiliza soluções uniformes e simplistas, exigindo diversificação, flexibilidade e individualização de respostas (v.g., Baltes, Baltes, 1990);
- tal variabilidade aplica-se não só às situações em presença e determinantes implicados mas também aos próprios “resultados” desejáveis – de resto as valorizações e significados subjectivos diferenciados (entre indivíduos, grupos, sociedades) são neste nível considerações essenciais; visões implícita ou explicitamente normativas, que estabeleçam critérios e padrões, exteriores e objectivos, sobre o que é desejável, estarão assim a ignorar a heterogeneidade existente e a negar a indivíduos/grupos/culturas que se afastam dessa norma a validade da sua própria perspectiva;
- a recorrer a tais critérios pré-definidos de “sucesso”, será então preferível que estes sejam:
 - múltiplos e indo, em qualquer caso, além da atenção a dimensões fisiológicas e funcionais para abarcar também “*higher order outcomes*” (Kendig, 2003) - como “envolvimento com a vida”, participação ou qualidade de vida (v.g., Bowling, Dieppe, 2005; Rowe e Kahn, 1997; WHO, 2002a);
 - mas também flexíveis e acomodando diferentes perspectivas (e.g., científica, societal, individual), tipos de critérios (objectivos e subjectivos) e de normas (de natureza funcional, estatística ou ideal) (Baltes, Carstensen, 1996).

Quanto a esta última questão – e como ***introdução à selecção de potenciais objectivos/resultados de PromS65+*** a desenvolver na secção seguinte - é de salientar que no quadro específico do presente referencial:

- a abordagem assumida coloca, em primeiro linha, o interesse do grupo de população em causa, prosseguindo o direito fundamental de todos concretizarem o “seu potencial máximo de saúde”¹⁴ - ainda que se possam contemplar outras perspectivas e ganhos, nomeadamente de âmbito colectivo, desde que como tal explicitados e não contrariando os valores essenciais de PromS (e.g., equidade e *empowerment*);
- valoriza-se, como se viu, a participação dos próprios interessados na definição das prioridades/finalidades da intervenção, condição de efectivo *empowerment* – embora reconhecendo as dificuldades de implementar tal princípio.

¹⁴ Naturalmente reconhecem-se limites à concretização deste direito e, especificamente, no que toca às responsabilidades societais/ políticas pela sua prossecução, a necessidade de ter em conta os recursos públicos disponíveis – tal como aliás ressalva o art.º 30 do Comentário 14 do Comité da UN (CESCR General Comment 14, 2000, Doc. E/C.12/2000/4), a par da noção de realização progressiva. Mas como clarifica o documento, tal “*should not be interpreted as depriving States parties' obligations of all meaningful content. Rather, progressive realization means that States parties have a specific and continuing obligation to move as expeditiously and effectively as possible towards the full realization of article 12.*” (art.º 31).

B. Objectivos de PromS 65+

No Referencial PromS (Cap. 1-B.3) definiram-se as características genéricas dos Objectivos de uma intervenção PromS. Discutem-se agora aqui - com base na literatura e na concepção de saúde 65+ traçada - variáveis específicas que poderão ser visadas na PromS centrada na população de 65+ anos, seja em termos de **(B1) Resultados de Saúde e Impactos Globais**, que traduzem as vertentes de saúde/bem estar /qualidade que se pretende melhorar e/ou manter, ou de **(B2) Resultados Intermédios de Saúde**, correspondendo a diferentes tipos de factores que influenciam tais resultados. Para cada uma dessas variáveis abordam-se **definições**, fundamentos para a sua **inclusão em PromS** e elementos quanto aos **factores que lhes subjazem**, bem como, quando existam, dados sobre a sua **distribuição** entre os europeus mais velhos¹⁵. É de assinalar que esta revisão bibliográfica, estabelecendo um suporte conceptual circunstanciado quanto a dimensões e determinantes da saúde relevantes em PromS65+, será mais proveitosamente tomada como material de consulta (nomeadamente enquadrando as diversas variáveis que compõem o Perfil de Saúde/Cap. 5, mas também o entendimento de *empowerment* e de desigualdades sociais em saúde subjacente aos Cap. 3 e 4) e não tanto como objecto de leitura sequencial...

B.1. Resultados de Saúde e Impactos Globais

Quais poderão ser então os **objectivos ou finalidades últimas** - mais gerais, indirectos, e a longo prazo -, de uma intervenção promotora da saúde das pessoas com 65 e mais anos? Ir-se-ão rever os principais “candidatos” – conceitos usualmente empregados na definição de resultados de saúde, em sentido amplo, analisados à luz do referencial e concepção da saúde 65+ adoptada. Em PromS, no entanto, em paralelo aos ganhos nessas dimensões de saúde /bem-estar /qualidade de vida do conjunto da população implicada (B.1.1.), importa explicitamente atentar às desigualdades entre subgrupos sociais nesses resultados – aspecto mais detalhadamente abordado na secção final deste tópico (B.1.2.).

“Individuals, communities and societies achieve/approach their potentials”

(Goodstadt *et al.*, 2001, p. 530)

“no one should be disadvantaged from achieving this potential because of their social position or other socially determined factors” (Whitehead, Dahlgren, 2006, p. 6)

B.1.1. Ganhos em Saúde: Realizar o Potencial

B.1.1.1. MORTALIDADE / LONGEVIDADE

Dados relativos à **mortalidade** e **longevidade** (com destaque para a esperança de vida) são indicadores “clássicos” de resultados de saúde em epidemiologia, e obviamente centrais no fenómeno de envelhecimento demográfico. Pelas suas implicações económicas e sociais, tornaram-se, aliás, informações cruciais para os decisores políticos (mais ainda se combinadas com informação sobre o nível de saúde/ funcionalidade das populações), já que, como refere o Relatório do projecto europeu ENEPRI: *“(bio-demography) provide insight for the prospective analysis of the economic consequences of ageing, namely, health and pensions expenditure and retirement decisions”* (Ahn *et al.*, 2004, p. 3).

Observando-se de forma generalizada – e designadamente na Europa ocidental - um declínio global da mortalidade e, nas últimas décadas, em especial da mortalidade nas idades mais avançadas (ainda que em ritmos diferentes em diversos períodos e populações, e com padrões distintos nomeadamente em

¹⁵ Procura-se também sinalizar as mais relevantes relações entre as variáveis (e.g., indicando para cada resultado de saúde os principais determinantes conhecidos e, para cada determinante, os resultados para que contribui) – aspecto que necessariamente implica alguma repetição no texto... Para esta concorre, igualmente, o facto de em certos casos a mesma variável (e.g., participação; saúde mental) constituir simultaneamente resultado último e factor determinante de (outros) resultados de saúde.

função do sexo) - não é ainda consensual se esta tendência, e consequente aumento da esperança de vida dos idosos, irá continuar indefinidamente ou se/quando se atingirá um limite de longevidade (v.g., Ahn *et al.*, 2004; Crimmins, 2004). Em qualquer caso, a diferença entre os valores nos países/grupos populacionais em situação mais favorável e os restantes, constitui uma meta potencial em termos de ganhos de saúde para estes últimos. Por outro lado, a investigação têm demonstrado que entre a população idosa, como já se observara para a população adulta em geral, se verificam substanciais diferenças na mortalidade em função do estatuto socioeconómico/ESE (ainda que com padrões que variam conforme os países e entre sexos) - levando Huisman e colegas a apontar, nomeadamente no quadro europeu, o elevado excesso de mortalidade entre os idosos de mais baixo ESE como um importante problema de saúde pública (2004, p. 474), tornando a redução de tais desigualdades uma meta essencial.

É, no entanto, também já clara a insuficiência deste tipo de indicadores de longevidade para entender o estado de saúde dos idosos e sua evolução. Desde logo a multidimensionalidade e complexidade da saúde não se deixa reduzir a tal conceito, sendo, para mais, observado que as várias dimensões podem nem sequer evoluir do mesmo modo – ou seja, viver mais tempo não significa necessariamente viver com mais saúde, sobretudo atendendo à importância nesta etapa da vida de doenças crónicas e/ou incapacitantes que podem não ter relação directa com risco de mortalidade. Em termos de tendências populacionais, esta questão está na origem de hipóteses concorrentes, como a de “compressão da morbilidade” de Fries, de “pandemia de incapacidades” de Gruenberg, ou a proposta intermédia de “equilíbrio dinâmico”, de Manton – sendo que, face aos dados contraditórios em diversos países e dimensões, não existe (ainda) um modelo teórico único consistente que permita explicar/prever as complexas relações entre aspectos como a mortalidade/longevidade, morbilidade e incapacidade (v.g., Crimmins, 2004; Robine, Michel, 2004). O peso demográfico crescente da população idosa torna particularmente prementes, do ponto de vista político e social, o acompanhamento destas co-variáveis – expressas nomeadamente em indicadores de **esperanças de saúde/health expectancies** – e o estabelecimento de objectivos na linha do aumento de “anos de vida saudáveis”¹⁶.

Isso mesmo, aliás, sucede no documento estratégico da OMS para a Europa – Health21 – que em termos de Envelhecimento Saudável (Target 5), estabelece como meta para 2020 “*an increase of at least 20% in life expectancy and in disability-free life expectancy at age 65 years*” (WHO, 1999, p. 35).

Interesses individuais e colectivos tenderão a convergir quanto à importância de fazer acompanhar o aumento da longevidade por metas relativas à melhoria da qualidade/saúde com que são vividos esses anos adicionais - “dar vida aos anos”. Note-se, no entanto, que já o aumento da longevidade, por si mesmo, não será objectivo garantidamente incontroverso: um corolário da sua relação complexa com outros indicadores de saúde e qualidade de vida, é a possibilidade de que, pelo menos em determinadas circunstâncias, exista incompatibilidade entre estes objectivos. Nomeadamente P. Baltes e Smith (2003) chamam a atenção para um potencial conflito, na medida em que um prolongamento da vida nas idades muito avançadas (4ª idade), poderá pôr em causa a dignidade da vida - e da morte (levantando ainda questões em termos de opções colectivas de investimento/distribuição de recursos...).

Em **síntese**, aspectos relativos à mortalidade e esperança de vida serão relevantes, mas claramente insuficientes, como descritores e metas potenciais da (promoção da) saúde dos idosos. É essencial a sua conjugação com outras dimensões da saúde/qualidade de vida, de que os indicadores de esperança de saúde são exemplos de operacionalizações sumativas. Uma consideração adicional é a de que os resultados de saúde avaliados a este nível mais genérico, ao mesmo tempo que têm o mérito de traduzir de forma sintética – num indicador objectivo e de grande validade ecológica – o impacte conjunto de uma diversidade de factores, não facilitam também, numa perspectiva analítica, a destrinça dos processos/determinantes implicados (Etches *et al.*, 2006) e, portanto, o retirar de ilações directas quanto ao tipo de intervenção adequado.

¹⁶ Como se afirma no portal de Saúde Pública da UE “*Healthy Life Years is a solid indicator to monitor health as a productivity/ economic factor*”, “*in the core of the Lisbon Strategy*” (http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_en.htm, última consulta em 18-08-2008).

B.1.1.2. MORBILIDADE: DOENÇAS E OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESPECÍFICAS ¹⁷

O aumento da importância das doenças crónicas, que marcou a segunda revolução epidemiológica, tem sido associado ao impulso que a promoção da saúde teve nas décadas finais do séc. XX (v.g., Green, Kreuter, 1991), sendo pois tradicionalmente um alvo de eleição. No caso da população idosa, é ainda mais pregnante uma abordagem do seu estado de saúde em termos de patologias, dando proeminência aos problemas crónicos, que se destacam quer pela frequência, quer também pelo impacte na vida dos indivíduos afectados e/ou nos sistemas de cuidados de saúde. Algumas das situações mais usualmente mencionadas são: doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, hipertensão, hipercolesterolemia; cancro; diabetes; doença pulmonar obstrutiva crónica; problemas osteomusculares (como a artrite e a osteoporose) e perturbações da saúde mental (sobretudo depressão e demência) (v.g., WHO, 2002a; WHO, 1999; Mackenbach *et al.*, 2005). Merecem também referência alguns problemas de causa externa, como acidentes, quedas, e os relacionados com os medicamentos. Ou ainda o suicídio. Outros exemplos de problemáticas especialmente relevantes para a população idosa são sintomas como a dor e a incontinência urinária – bem como perturbações visuais e auditivas.

A literatura gerontológica tem vindo a sublinhar que a patologia não é inerente ao processo de envelhecimento (e, inclusive, que mesmo factores de risco podem ser evitados – como pressupõe a definição de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn, 1997) e a investigação assegura a efectividade de diversas intervenções com vista à prevenção de inúmeras doenças crónicas e outras perturbações da condição de saúde dos idosos (v.g., CDC, 2004; Healthy Ageing, 2007; Heikkinen, 2003; IUHPE, 1999a). Encontra-se pois amplamente justificada a eleição da prevenção (ou adiamento) da ocorrência deste tipo de problemática como meta de intervenções PromS 65+.

No entanto, não é menos verdade que a probabilidade de muitas destas patologias aumenta com a idade (são “*age-related*”), pelo que sendo, na prática, elevada a sua incidência e prevalência nos grupos de idade avançada, estratégias exclusivamente orientadas para a prevenção primária/secundária deixariam de fora uma ampla faixa desta população¹⁸. Intervenções visando controlar o curso das patologias, promover a recuperação ou, pelo menos, a redução, se não a inversão, das suas consequências, e, ao limite, facilitar a compensação destas de modo a minimizar os impactes na vida das pessoas, merecem pois lugar de destaque nas metas a visar por intervenções de PromS 65+ (v.g. CDC, 2004; UK-DH, 2001; WHO, 2002a). Ou seja, nesta abordagem, a atenção à morbilidade traduzir-se-á não só no estabelecimento de objectivos últimos de redução de incidência, mas também em termos de redução da sua duração, gravidade e/ou impacte – aspectos que poderão ser vistos como resultados intermédios, instrumentais para a melhoria da qualidade de vida e de perspectivas mais globais da saúde, como a funcionalidade.

É em particular de realçar o comprovado papel de muitas das condições de saúde acima mencionadas no desenvolvimento de deficiências e incapacidade. De acordo com o “*disablement model*” as doenças são, aliás, o principal determinante das deficiências e perdas funcionais que conduzem à incapacidade (v.g., BURDIS, 2004). A revisão de literatura efectuada por Stuck e colegas, por exemplo, demonstra existir forte evidência de que a co-morbilidade e a depressão constituem, entre outros, factores de risco acrescido para o declínio do *status* funcional e assinala que, em termos de importância da associação, “as perturbações cardiovasculares, fracturas/traumas, perdas de visão, diabetes, osteoporose e artrite, se

¹⁷ Utiliza-se aqui a terminologia da CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004) que, sob a designação de Condições de Saúde engloba, para além das doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos e outras circunstâncias, salvaguardando que para a sua codificação específica se recomenda o recurso a um outro elemento da família de classificações internacionais da OMS: a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão).

¹⁸ Entre os europeus de 50+ anos abrangidos pelo projecto SHARE, mais de metade reporta algum problema de saúde de longa duração, mas como se observa também neste estudo “*almost all physical health problems are strongly age-related: their prevalence usually rises steeply with age, in a linear, sometimes even exponential fashion*” pelo que nas idades mais avançadas as prevalências são ainda mais elevadas (Mackenbach *et al.*, 2005, p. 84). Há, por exemplo, estudos que indicam que 90% das pessoas com 75+ anos têm algum patologia e que habitualmente os com 70 e mais anos têm 2 ou 3 problemas crónicos – que, por sua vez, significam enorme peso nas despesas de saúde (Heikkinen, 2003).

encontram entre os principais factores que conduzem à incapacidade (*disability*)” (1999, p. 462, trad. pr.). Também o relatório da HEN (Health Evidence Network - WHO) sobre os factores de risco para as incapacidades nas idades avançadas (Heikkinen, 2003) destaca as doenças e em particular a multi-patologia crónica como principal causa para essas situações, o que somado à já referida muito elevada frequência ao nível da população, justifica claramente a sua eleição como alvos para intervenções visando a prevenção e gestão eficaz.

Por outro lado, reforçando a necessidade de contextualizar as questões de saúde no quadro de vida dos indivíduos, vários estudos sugerem que a morbilidade assume menor importância relativa para as pessoas idosas ou, pelo menos, que esta é dependente de outros aspectos. Tem-se constatado relativa estabilidade na auto-avaliação da saúde com o avanço da idade, sugestiva de um certo grau de adaptação desta apreciação subjectiva face à deterioração das condições objectivas de saúde (Leinonen *et al.*, 2002), sendo repetidamente observado que os indivíduos com frequência fazem avaliação positiva da sua saúde mesmo tendo uma ou mais doenças crónicas (v.g., Cott *et al.*, 1999). Kendig e colegas (2000), ao estudarem a relação entre doença e bem-estar verificaram que o principal impacte daquela parece ser mediado pelos seus efeitos de limitação da actividade, podendo assim não ocorrer decréscimo significativo de bem-estar dos idosos, mesmo em presença de doenças graves, desde que lhes seja possível manter a independência e nível de actividade.

Do ponto de vista colectivo, a morbilidade nesta faixa etária é uma questão fulcral, sobretudo em termos dos custos directos e indirectos que acarreta, associados à prestação de cuidados que exige e à incapacidade que pode gerar – constituindo aliás (a par da sustentabilidade do sistema de segurança social), das principais razões que converteram o envelhecimento demográfico numa fonte de preocupação política (v.g., WHO, 2002a). A tendência de evolução do problema a nível populacional, e nomeadamente a sua relação com o aumento da longevidade, não é porém ainda clara, como se comentou a propósito das medidas de esperança de saúde. Crimmins (2004) conclui que a maioria dos estudos que analisou apontam um aumento da prevalência de doenças nas últimas décadas - com variações porém, que podem inclusive ir no sentido da redução, consoante, por exemplo, as problemáticas em causa e o período considerado. No entanto, também desta perspectiva, a simples prevalência das doenças não é necessariamente o indicador mais relevante, sendo de atender a outros parâmetros como o nº de patologias por pessoa ou a sua severidade e consequências, designadamente, na mortalidade e incapacidade – esta última, por exemplo, possivelmente em decréscimo.

É generalizado o conhecimento da complexa causalidade subjacente às doenças crónicas, envolvendo habitualmente a influência combinada (seja independente, interactiva e/ou cumulativa) de múltiplos determinantes ao longo de períodos de tempo que podem ser muito longos (podendo exercer-se, aliás, desde a concepção - ou atravessando inclusive gerações...- até a idades avançadas) (v.g., Ben-Shlomo, Kuh, 2002). O ênfase continua mesmo assim a cingir-se, muitas vezes, aos factores comportamentais – “estilos de vida saudáveis” – a par das intervenções ligadas aos serviços de saúde e mais genericamente à gestão da doença (v.g., CDC, 2004; Beattie *et al.*, 2003), mas beneficiando apesar de tudo, cada vez mais, de perspectivas que valorizam uma actuação integrada¹⁹. No entanto, a implicação de outros factores, nomeadamente os mais “distais” determinantes sociais vem a ser crescentemente reconhecida (v.g., Navarro *et al.*, 2007; Potvin, Chabot, 2002).

Nos últimos anos tem-se também acumulado evidência sobre as desigualdades socioeconómicas associadas à quase totalidade das doenças crónicas e a várias outras condições/indicadores específicos

¹⁹ É disso exemplo - embora não especificamente centrada nos idosos – a estratégia CINDI (Countrywide Noncommunicable Disease Intervention) da OMS: “*The CINDI approach is based on evidence that a small number of risk factors and conditions are common to major chronic diseases. This commonality means that integrated action against selected risk factors implemented within the social context can lead to the reduction of major chronic diseases as well as the improvement in public health*” (WHO, 2004, p. 5). Concretamente está em causa: “*major chronic diseases such as cardiovascular disease, cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and diabetes result from a few lifestyle related behaviours. These behaviours - unhealthy diet, reduced physical activity, tobacco use and alcohol abuse - lead to obesity and hypertension and to abnormalities in lipid and carbohydrate metabolism*” (*idem*).

de saúde física e mental (Avendano *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2005; Demakakos *et al.*, 2008; Koster *et al.*, 2006; Mackenbach, 2006). Tais estudos revelam que os padrões variam consoante as doenças (e outros factores), mas são quase sempre desfavoráveis para os idosos em posição social mais baixa, atingindo nalgumas patologias diferenças importantes – podendo-se destacar os casos da depressão (incidência duas vezes maior - Koster *et al.*, 2006), do AVC (aos 60-79 anos OR: 1,53 - Dalstra *et al.*, 2005), da diabetes (*ob. cit.*, OR: 1,57) e das doenças respiratórias crónicas (*ob. cit.*, OR: 1,4), ou da dor (OR: 1,36-homens, 1,25-mulheres de 50+anos - Avendano *et al.*, 2005), entre muitas outras²⁰. Assinala-se que um pior ESE se associa ainda a maior prevalência de co-morbilidade e de sintomatologia múltipla (Avendano *et al.*, 2005). Para além da idade que, como se viu, em geral se acompanha de incremento muito acentuado da prevalência da maioria dos problemas de saúde física, o género é outro factor demográfico com repercussões sistemáticas a este nível. O estudo SHARE, nomeadamente, aponta prevalências quase sempre 25 a 50% mais elevadas entre as mulheres – mas salienta também que as excepções desfavoráveis aos homens tendem a ocorrer nas doenças fatais (Mackenbach *et al.*, 2005). Este mesmo estudo realça ainda as enormes disparidades observadas entre países, nestes como noutros indicadores de saúde, que, como as demais diferenças entre subpopulações, são sugestivas de margem para potenciais ganhos de saúde (*idem*).

Estas observações genéricas sobre a distribuição e determinantes das doenças crónicas e outras condições específicas de saúde não substitui o interesse de aprofundar os padrões e causalidades associados concretamente a cada uma delas. É precisamente nessa especificidade, e nas pistas directas para a intervenção que daí podem decorrer, que reside uma das principais vantagens relativas deste tipo de indicadores do estado de saúde, por contraste com outras medidas mais genéricas.

Em contrapartida, este tipo de informação detalhada em geral incide exclusivamente ou quase sobre a patologia, desconhecendo-se o recurso a indicadores que permitam fazer um diagnóstico particularizado (e estabelecer subseqüentes objectivos específicos) de saúde física positiva.

Já ao nível da **saúde mental**²¹ são cada vez mais frequentes abordagens que contemplam tanto uma dimensão de saúde mental positiva, como negativa – como exemplificado pelo documento “The State of Mental Health in the European Union” (EC, 2004) e pela revisão de literatura e conceitos que lhe serviu de referência (Korkeila *et al.*, 2003). Aqui a saúde mental é descrita na dimensão positiva como referindo-se ao bem-estar e capacidade de lidar com a adversidade (operacionalizada por uma escala de “vitalidade”) e na dimensão negativa, numa dupla vertente: a presença de sintomas (principalmente de depressão e ansiedade, operacionalizados em escalas de “sofrimento psicológico” e correspondendo pois a uma variável contínua), e a ocorrência de perturbações psiquiátricas (as mais clássicas categorias de diagnóstico contempladas em classificações como o DSM ou o ICD).

Um outro modelo que se poderá citar como interessante pelo destaque acrescido que dá à saúde mental positiva e operacionalização do seu diagnóstico – embora também não específico para a população idosa – é a proposta de Keyes (2003; 2005). Esta reforça a noção de que saúde e doença mental são duas dimensões distintas embora correlacionadas, e não, como na abordagem psiquiátrica tradicional, dois pólos de uma dimensão única – com o corolário de que a apreciação do estado global de saúde mental dos indivíduos exige a avaliação da presença vs. ausência tanto de doença como de saúde mental. Nas palavras do autor “*Mental Health is conceived of as a complete state in which individuals are free of psychopathology and flourishing* (Keyes, 2002, 2003a, 2003b) *with high levels of emotional, psychological, and social well-being*” (2005, p. 539). Aqui a dimensão de saúde mental é abordada, tal como a doença

²⁰ Nesta investigação só 4 das 17 patologias estudadas não apresenta desigualdades educacionais significativas no grupo 60-79, e a alergia é a única em que o padrão penaliza a posição social mais elevada – a par do cancro, embora outras pesquisas mostrem resultados divergentes e a explicação da maior prevalência entre as classes mais favorecidas possa passar pela sua maior taxa de sobrevivência (Mackenbach, 2006).

²¹ A **saúde mental** é definida pela OMS como “*a state of well-being whereby individuals recognize their abilities, are able to cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully, and make a contribution to their communities*” (v.g. WHO, 2003, p. 7). Será útil distingui-la de: “*Mental ill health includes mental health problems and strain, impaired functioning associated with distress, symptoms, and diagnosable mental disorders [...]*” (EC, 2005, p. 4).

mental (e, de resto, com um claro paralelo com os critérios de diagnóstico de depressão *major* no DSM-III-R), como uma síndrome de sintomas: níveis elevados de sintomas²² permitem o diagnóstico de *flourishing*/florescimento, enquanto no extremo oposto do *continuum*, valores baixos conduzem ao diagnóstico de ausência de saúde mental, i.e., de *languishing*/elanguescimento. O inquérito “Midlife in the United States” (MIDUS), com adultos dos 25 ao 74 anos, permitiu testar esta estrutura e confirmar as suas importantes implicações potenciais do ponto de vista das políticas de saúde, já que a saúde mental total (i.e. *flourishing*/ sintomas de saúde mental e ausência de doença mental), com uma baixa prevalência actual (16,6% na população estudada), se associa, por exemplo a menores limitações nas actividades da vida diária e a funcionamento psicossocial mais saudável²³; por sua vez, o *languishing*, de maior prevalência que a depressão “pura”, mesmo sem patologia mental associada, parece ter um peso tão grande como aquela na perturbação do funcionamento psicossocial e porventura um risco ainda maior no que concerne à saúde física e limitação de actividades (Keyes, 2003; 2005).

Esta perspectiva vem assim acrescentar à preocupação que as questões de saúde mental, mesmo com base só na (ainda predominante) visão psicopatológica, vinham já a suscitar. De facto, nos últimos anos, as doenças do foro mental têm vindo a ser reconhecidas como um importante problema de saúde pública na população europeia em geral, face à constatação da sua elevada prevalência, da tendência para continuarem aumentar e dos pesados custos individuais e sociais que acarretam (v.g. EC, 2005; Jané-Llopis, Anderson, 2005; Pacto, 2008; WHO, 2003).

Merece neste contexto especial destaque a depressão, que uma doença que ocupa já o 1º lugar de prevalência, na população em geral, em vários países da UE, e é das que mais pesadamente contribui para perda de saúde global (*burden of disease*) a nível mundial (v.g., EC, 2005; Pacto, 2008; WHO, 2008). Entre os idosos é também um problema de relevância significativa, quer pela sua frequência, quer pelas repercussões que pode ter na mortalidade, morbilidade e qualidade de vida, com ênfase para o seu papel enquanto importante factor de risco para a incapacidade (BURDIS, 2004; EC, 2004; Stuck *et al.*, 1999; Heikkinen, 2003)²⁴. Os dados de prevalência desta doença entre os europeus mais velhos são variáveis, havendo algum consenso quanto à relativa raridade da depressão *major* (possivelmente inferior a 5%) e à maior prevalência de síndromas depressivos que, de acordo com alguns estudos poderá situar-se entre os 7,9% e 26,9% ou entre os 9,8 e 27,5%, consoante o tipo de diagnóstico em causa (EC, 2004). O estudo SHARE, abarcando diversos países europeus, encontra uma maior amplitude de valores, que nos homens de 60+ anos variam entre os 8,0% e os 23,1%, ao passo que nas mulheres da mesma idade sobem para 18,2% a 55,1% (Dewey, Prince, 2005). Esta maior probabilidade de depressão entre as mulheres é uma constante em vários estudos (v.g. Bogers *et al.*, 2005; Dewey, Prince, 2005; EC, 2004). Outros factores de risco identificados com consistência na literatura serão o luto, a saúde física e sobretudo a incapacidade, as perturbações do sono e história de depressão prévia (Braam *et al.*, 2005; Cole, Dendukuri, 2003). Importante, igualmente, será a influência da educação e rendimento/posição social (v.g., Koster *et al.*, 2006; Ladin, 2008). Tem também sido chamada a atenção para o efeito cumulativo de vulnerabilidades e adversidades, incluindo stressores crónicos – bem como para o papel de vários recursos psicossociais que poderão moderar estes riscos, incluindo características psicológicas como o optimismo, estratégias de *coping*, controle percebido, estilos de vida saudáveis e suporte social (Myers, Hwang, 2004). Controversa é a tendência de variação da depressão com a idade, com resultados contraditórios e inúmeros factores a dificultarem a complexificarem a clarificação empírica da questão (*idem*). Em qualquer caso, importa ter presente a subestimação provável da prevalência real desta patologia entre os idosos, quer na investigação,

²² As várias dimensões de Bem-estar em causa – emocional/hedónico e eudaimónico/funcionamento positivo – são mais detalhadamente abordadas na respectiva secção (B.1.1.5) e ainda a propósito dos determinantes psicológicos (B.2.1.2).

²³ Um estudo posterior sugere ainda que o diagnóstico de saúde mental completa é um factor de risco independente para as doenças cardiovasculares (Keyes, 2004 – citado em Keyes, 2005).

²⁴ Muitas outras consequências potenciais da depressão são também especialmente relevantes neste grupo populacional - como as interrelações com a saúde física, que passam tanto pelo risco acrescido de incidência de outras patologias (e.g., doenças cardíacas e cancro), como pelo agravamento das co-existentes, nomeadamente por redução da adesão terapêutica (v.g. WHO, 2003). De lembrar ainda que os idosos são o grupo da população com mais elevado risco de suicídio (v.g., EC, 2004).

quer na prática clínica. Os dados do projecto europeu HALE sugerem que a prevalência da depressão poderá estar a diminuir em coortes sucessivas de idosos, mais acentuadamente no sul da Europa – onde a patologia parece também tender a ser mais frequente do que nos países europeus a norte (Bogers *et al.*, 2005).

Outra das patologias mentais mais importantes neste grupo – a qual sofre, essa sim, um aumento de prevalência incontestável e exponencial com a idade –, é a demência (com destaque para a doença de Alzheimer, a forma mais frequente). Uma revisão de estudos europeus nos anos 90 aponta uma prevalência que vai subindo continuamente dos 0,8% no grupo 65-69 anos para os 28,5% depois dos 89 anos, um padrão semelhante ao já antes encontrado pelo projecto EURODERM, com base em investigação da década anterior (EC, 2004). Estimativas de Ferri *et al.*, 2005 (citado em Alzheimer Europe, 2006) indicam que o número de pessoas de 60 e mais anos com demência na Europa Ocidental (região EURO A) subirá de 4,9 milhões em 2001 para 9,9 milhões em 2040.

Com excepção para algumas patologias específicas, os dados empíricos disponíveis não parecem ainda permitir conclusões claras quanto à forma como a saúde mental, quer negativa, quer positiva, varia com a idade – mas, de um modo geral, os idosos tendem a ser identificados como um grupo de potencial risco acrescido (v.g. EC, 2004; EC, 2005; Pacto, 2008). Indubitável será, em qualquer caso, a importante probabilidade de, nesta fase da vida e neste grupo populacional, se concentrarem vários dos factores de risco (e perda de recursos protectores) que têm sido associados à saúde/doença mental e que envolvem desde o ESE ao estado de saúde física/funcionalidade, passando pelas condições de habitação, suporte social, e acontecimentos de vida (como viuvez e outros lutos, doenças, etc.), entre inúmeros outros factores (v.g. EC, 2005; Jané-Llopis, Anderson, 2005; Korkeila *et al.*, 2003).

Em **síntese**, o enfoque em doenças e outras condições específicas como forma de caracterizar o estado de saúde da população idosa e estabelecer resultados a atingir, tem o mérito de, pelo seu grau de detalhe, ser sugestiva quanto a determinantes da saúde mais directamente implicados, oferecendo pois pistas mais específicas para a intervenção (e porventura metas mais facilmente verificáveis) do que outros indicadores mais genéricos. A análise da sua distribuição socioeconómica sinaliza ainda, num plano objectivo, a presença de desigualdades sociais em saúde. Articula-se, por outro lado, muito directamente com preocupações económicas de grande actualidade. Em contrapartida, incorre no perigo de propiciar uma actuação focada em determinantes isolados e mais proximais – e, sobretudo, de se traduzir quase exclusivamente numa abordagem centrada na patologia, já que (com a excepção eventual da saúde mental) não há recurso a categorias específicas de diagnóstico de saúde positiva. Por outro lado, objectivos a este nível não têm necessariamente universal relevância subjectiva para as pessoas idosas, observando-se que a “convivência” com doenças crónicas, acontecimento “normativo” nesta etapa da vida, é compatível com níveis elevados de bem-estar e mesmo auto-avaliações de saúde favoráveis.

É em qualquer caso indiscutível que inúmeros problemas de saúde (sobretudo doenças crónicas, mas não só), podem e devem ser alvo de prevenção, ao mesmo tempo que a sua significativa prevalência e/ou repercussões nas idades mais avançadas tornam a recuperação, adequada gestão e contenção de consequências igualmente metas fundamentais em PromS65+.

Assim, no caso da população idosa, torna-se particularmente evidente a importância de considerar a patologia no contexto mais genérico das suas implicações, directas e/ou subjectivas, para a funcionalidade e qualidade de vida das pessoas. Tal contextualização implica especial atenção ao seu potencial papel enquanto factor de risco para situações de incapacidade e dependência, ao mesmo tempo que apela ao reconhecimento de que, para os próprios idosos, a saliência subjectiva e impacte imediato da patologia no bem-estar pode não ser grande, ou, pelo menos, não coincidir com critérios médicos de importância/gravidade. Uma abordagem centrada em termos de funcionalidade terá pois uma relação provavelmente mais directa com a saúde/bem-estar global individual.

B.1.1.3. FUNCIONALIDADE/INCAPACIDADE

É um plano com frequência privilegiado em termos de metas de saúde de idosos. Se, por um lado, os resultados a este nível parecem ter implicações mais claras para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos, por outro, operacionalizam uma concepção multidimensional e ecológica de saúde – incluindo uma aceção de saúde positiva, como recurso de vida, mais adequada, portanto, à definição de objectivos de promoção da saúde no seu sentido mais rico e amplo.

Isto é particularmente claro na versão mais recente da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/CIF da OMS (OMS, 2004), que pretende descrever a saúde e estados com ela relacionados²⁵ e define a funcionalidade – e os problemas nesta, i.e., a incapacidade (*disability*) – como a resultante da interacção dinâmica complexa entre as condições ou estados de saúde e os factores contextuais (que nesta Classificação são tanto pessoais/internos como ambientais/externos). Contempla vários domínios que agrupa em duas componentes:

- o nível do Corpo (estruturas do corpo e funções dos sistemas orgânicos, incluindo as psicológicas), que, na vertente negativa se traduz por deficiências (*impairments*), e que, na sua generalidade, aqui designaremos por Capacidade Funcional²⁶;

- o nível da Actividade e Participação, que engloba a totalidade das áreas vitais, remetendo a Actividade para a realização de tarefas ou acções e a Participação para situações da vida real (ainda que a distinção entre ambas seja por vezes difícil); incapacidade/dificuldades neste nível designam-se respectivamente como limitações da actividade e restrições na participação.

Na investigação e na prática de promoção da saúde as potencialidades destes conceitos parecem porém ainda longe de ser plenamente concretizadas, tendendo a ser privilegiadas as vertentes mais centradas nos aspectos bio-fisiológicos e, sobretudo, nas incapacidades/problemas. Tal enviesamento é inevitavelmente reflectido na revisão de literatura aqui apresentada – assim como a dificuldade em distinguir, de modo sistemático, Capacidade Funcional e Actividade/Participação, já que vários trabalhos não clarificam os conceitos de incapacidade subjacentes e/ou englobam domínios dessas duas componentes (v.g. Stuck *et al.*, 1999).

Capacidade funcional²⁷

Diversos aspectos da capacidade funcional, em especial a nível físico, depois de um crescimento e pico nas fases iniciais da vida, tendem a sofrer um declínio no decurso do processo de envelhecimento normal. É aliás este tipo de perdas que, com frequência, se equaciona como central no processo de envelhecimento biológico²⁸. No entanto, como salienta também designadamente a OMS (WHO, 2002a; Stein, Moritz, 1999), o ritmo de tal declínio²⁹ é fortemente determinado por factores externos e estilos de vida – abrindo portas a uma intervenção que pode visar não só a redução das taxas de declínio como mesmo o evitamento/reversão de alguns problemas funcionais.

²⁵ “A CIF transformou-se, de uma classificação de ‘consequência da doença’ (versão de 1980) numa classificação de ‘componentes da saúde’” (OMS, 2004, p. 8).

²⁶ Sublinhe-se que, nesta área em que o uso da terminologia se encontra ainda longe de estar “estabilizado”, não é consensual a adopção deste termo na aceção que aqui lhe é dada (i.e., para designar conjuntamente os domínios da CIF relativos às funções dos sistemas orgânicos e às estruturas do corpo), sendo possível, mesmo no plano nacional, encontrar autores que lhe dão um alcance distinto (v.g., Botelho, 2005).

²⁷ Remete-se para a definição e operacionalização da componente “Corpo” da CIF (OMS, 2004). Não cabendo aqui listar todas as funções e estruturas do corpo e suas perturbações aí contidas, podem-se referir, como exemplos diversificados e relevantes no envelhecimento: função respiratória, força muscular, equilíbrio, *output* cardiovascular, função urinária (incluindo incontinência), dor, visão, audição, fala, funções emocionais, atenção, memória, etc.

²⁸ Veja-se, por exemplo, a análise da evolução da capacidade funcional em função da idade/envelhecimento em Kalache e Kickbusch (1997); ou a amplamente divulgada definição de Kirkwood: “*Ageing can be defined as a progressive, generalized impairment of function resulting in a loss of adaptive response to a stress and in a growing risk of age-associated disease*” (Kirkwood, 1996 – citado em WHO, 2002a, p. 26).

²⁹ Von Dras e Blumenthal propõem até que o ritmo de mudança e declínio, quando lento ou muito lento, pode ser considerado indicador de, respectivamente, um envelhecimento normal ou bem sucedido (2002).

É também fundamental realçar que a investigação, nas últimas décadas, tem vindo a comprovar que mesmo em idades avançadas e apesar das perdas, os indivíduos retêm em geral uma importante plasticidade³⁰ (associada à capacidade de reserva latente, que pode ser acedida em condições favoráveis, viabilizando portanto mudanças positivas mesmo em áreas debilitadas - v.g. Baltes, Baltes, 1990; Rowe, Kahn, 1997). Por outro lado, destacou-se já o potencial papel de processos de compensação que podem ser activados (de forma intencional ou não), para contrabalançar as perdas em determinadas funções (Baltes, Baltes, 1990; Baltes *et al.*, 1999; Halfon, Hochstein, 2002); a facilitação destes processos, quer activando estratégias internas, quer promovendo recursos externos e ambientes favoráveis ao envelhecimento, é pois outra via aberta à PromS 65+.

As intervenções desenvolvidas estão em geral orientadas para prevenir/adiar, reduzir o ritmo ou recuperar o declínio funcional - e/ou eventualmente para evitar o ultrapassar do limiar em que se este torna sintomático (“*disability threshold*”), por via da facilitação de condições ambientais e estratégias pessoais adequadas e/ou compensatórias³¹. Como último recurso e face à impossibilidade de alterar o nível de funcionalidade restam ainda à PromS 65+ inúmeras estratégias e recursos, que poderão melhorar os impactes de saúde e sociais destas situações (v.g., Kahana *et al.*, 2003). Mas para além de objectivos deste tipo - centrados no pólo negativo, i.e., na (prevenção/ reabilitação/ compensação da) incapacidade -, importa salientar que a PromS 65+ poderá também eleger metas mais amplas e positivas, já que, pelo menos para alguns domínios (com destaque talvez para os psicológicos) é possível visar uma optimização³² ou, mesmo uma continuação da melhoria/crescimento funcional ao longo da vida³³.

As implicações da capacidade funcional/deficiência são múltiplas, justificando a importância da intervenção neste domínio. A própria esperança de vida tende a ser significativamente encurtada em situações de menor capacidade funcional, como salienta o projecto europeu BURDIS (2004), apontando a relação encontrada entre a maioria dos indicadores de funcionamento físico e mental e a longevidade. Uma atenção acrescida a esta problemática advém, por outro lado, das suas prováveis consequências em termos da funcionalidade mais ampla e da qualidade de vida dos indivíduos – e às pesadas implicações e custos sociais que daí poderão advir (v.g., Strawbridge *et al.*, 1998). No “processo de incapacidade/ *disablement*”, tal como é entendido por exemplo no Relatório da WHO-HEN (Heikkinen, 2003, citando nomeadamente Verbrugge, Jette, 1994), estará em causa uma progressão em que, a partir da patologia, pode surgir a deficiência/disfunção, seguida de limitações funcionais/restrições em acções básicas, resultando finalmente em incapacidades na vida quotidiana. O declínio funcional, em particular, é apontado como um dos principais factores de risco para níveis acrescidos de incapacidade (Heikkinen, 2003), ou seja, para a ocorrência de limitações e restrições às actividades e participação dos idosos, e para necessidades de apoio na respectiva execução. Em termos de problemáticas específicas com maiores implicações para a incapacidade, podem ser destacadas, por exemplo, a redução de capacidade funcional nos membros inferiores, a perda de visão e a deficiência cognitiva (*idem*). No entanto, a acumulação de deficiências será possivelmente um dado de especial relevância, podendo implicar um risco de incapacidade muito superior ao associado à soma de cada uma isoladamente (BURDIS, 2004).

³⁰ A compreensão mais exacta da amplitude desta plasticidade e da forma como evolui com a idade continua a ser, porém, matéria a requerer adicional exploração empírica (v.g. Kuh *et al.*, 2003) – como de resto própria destriça entre processos normais/inerentes ao envelhecimento ou patológicos de perda funcional.

³¹ Alguns autores, como Bortz (2005), definem este “limiar sintomático da deficiência” em termos de uma dada percentagem da capacidade funcional máxima/optimal (no caso, Bortz propõe 30%, como sendo o limiar, descrevendo o espectro entre os 20% e 30% como zona de Fragilidade). Em contrapartida, outros trabalhos (v.g., Stein, Moritz, 1999; WHO, 2002a) salientam o facto desse limiar não ser rígido, sublinhado o papel de ambientes favoráveis na determinação da medida em que uma perda funcional se traduz ou não em perda de independência.

³² A maximização/manutenção de um elevado nível funcional, físico e cognitivo, é de resto como se viu componente integrante da definição de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn (1997).

³³ Por outro lado, noções como as de trajectória funcional e de reserva latente (não só no plano físico mas, também, por exemplo, no cognitivo – v.g., Baltes, Smith, 2003), remetem para a importância de intervenções de PromS visando atingir níveis óptimos de funcionalidade em especial nas fases iniciais da vida, reduzindo assim o risco do declínio posterior fazer descer o nível funcional abaixo do “limiar de incapacidade”.

Mesmo sem manifestação sintomática importante, níveis funcionais muito baixos, i.e., reduzidas reservas de capacidade, implicando escassa margem de segurança “vital” – que, como se referiu, podem constituir uma definição de “fragilidade”, associada nomeadamente às idades muito avançadas/“4ª idade” (Baltes, Smith, 2003) - colocam os indivíduos numa situação de vulnerabilidade, em que qualquer ocorrência, externa ou interna, poderá mais facilmente desencadear condições de ruptura (traduzindo-se em incapacidade, morbilidade, e, ao limite, morte). Bortz, por exemplo, sugere que a maioria das intervenções médicas e das despesas ocorrerá quando os indivíduos se encontram nessa “zona de fragilidade” (2005), e, de um modo mais genérico, tende a verificar-se um aumento no uso dos serviços de saúde e sociais paralelo ao aumento de incapacidade (BURDIS, 2004).

Em contrapartida, pode-se conjecturar que elevados níveis de capacidade, pelo menos nalguns domínios, constituam facilitadores de bem-estar – vertente que tende porém a estar omissa na literatura.

Investigação já com alguns anos indicava que entre os tipos de incapacidade mais comuns nos idosos da UE se contavam deficiências de visão e de audição, bem como problemas ao nível dos pés e incontinência (Fletcher *et al.*, 1999). As prevalências de capacidades/perdas funcionais variam naturalmente consoante o domínio considerado, mas tendem em geral a ser elevadas nesse grupo etário, e a aumentar acentuadamente com a idade, como revelam alguns estudos europeus. Assim, por exemplo o SHARE indica que entre os cidadãos de 50+ anos de 10 países europeus, cerca de 50% terão um ou mais problemas sensoriais e/ou de mobilidade, e cerca de 20% dos com mais de 75 anos terão velocidade de marcha muito lenta (Mackenbach, 2006; Mackenbach *et al.*, 2005). Interessante é também a observação de importantes diferenças entre países, com os países do sul europeu a apresentar piores resultados em indicadores objectivos como a velocidade da marcha e a força de preensão (Mackenbach *et al.*, 2005). Padrão semelhante – maior prevalência de deficiência nos países mediterrânicos e aumentando com a idade – foi igualmente registado para indicadores de funcionamento cognitivo, com a memória a acusar maior declínio associado à idade, embora este também se verificasse na numeracia e fluência verbal (Dewey, Prince, 2005). O Projecto HALE, com base em dados longitudinais, observa por sua vez, a par de uma redução dos níveis de funcionamento físico, cognitivo e psicológico com o aumento da idade, uma melhoria nesses mesmos indicadores em coortes sucessivas – levando os autores a apontar uma evolução futura favorável na proporção (ainda que não no número absoluto) de europeus com incapacidade funcional (Bogers *et al.*, 2005). Há, no entanto, alguma incerteza relativa à tendência de evolução da incapacidade a nível populacional, tema que ainda se retomará.

O Projecto Burdis (2004) salienta a falta de dados sobre a prevalência de “co-deficiências”, questão que seria importante estudar, em particular nos idosos, já que nestas idades, como se viu, aumentará a probabilidade da co-existência de múltiplas problemáticas, factor particularmente gravoso em termos de risco de limitação de actividades.

Entre os determinantes da capacidade funcional, há naturalmente alguns, com peso relevante, não passíveis de modificação – como é o caso do património genético, da idade cronológica³⁴, ou, eventualmente, do sexo³⁵. Outros exerceram a sua influência ao longo do curso de vida do indivíduo – incluindo desde condições socioeconómicas e factores ambientais, a experiências do desenvolvimento fetal e infantil, passando por estilos de vida, doenças e outros aspectos da vida adulta (v.g., Heikkinen, 2003; Stein, Moritz,

³⁴ Segundo a revisão de literatura de Stuck *et al.*, por exemplo (1999), a idade apresentava-se como o factor possivelmente mais importante, com um aumento no risco relativo de incapacidade de cerca de 2,0 por cada mais 10 anos de vida. No entanto, outros autores valorizam o facto da maioria dos idosos manter estabilidade de capacidade funcional durante vários anos (revelando, inclusive, em muitos casos possibilidade de recuperação), ao mesmo tempo que salientam que vários estudos têm descrito, nas últimas décadas, variações importantes no padrão de evolução da funcionalidade (Avlund *et al.*, 2004b).

³⁵ As implicações a este nível são menos claras – Stuck e colegas, nomeadamente, não encontram diferenças entre homens e mulheres no risco de início/incidência da incapacidade, uma vez controlados outros factores (como as doenças crónicas); assim a maior prevalência habitualmente verificada entre as mulheres seria explicável pela sua mais longa sobrevivência (1999)

1999; WHO, ILC-UK, 2000)³⁶. No entanto, e embora esta seja uma área a requerer aprofundamento empírico, tem sido também apontado o papel de diversos factores (sociais, comportamentais, psicológicos, ambientais, biológicos, etc.) modificáveis ainda nesta fase da vida. Assim, por exemplo, as doenças, em especial se crónicas e conjugadas, representam um dos principais determinantes da deficiência e incapacidade (v.g., Heikkinen, 2003; Stuck *et al.*, 1999). Tem sido apontada uma grande diversidade de problemas específicos com potencial papel na incapacidade dos idosos – desde a artrite e outras perturbações do foro musculoesquelético (e.g., fractura do colo do fémur), até à depressão, demência e diversos factores cognitivos e emocionais, passando pelas doenças cardíacas, hipertensão e diabetes (v.g., BURDIS, 2004; Heikkinen, 2003; Ostir *et al.*, 1999; Stuck *et al.*, 1999). Exemplos de outro tipo de factores com risco documentado são o Índice de Massa Corporal/IMC (excessivo, reduzido ou alterado), a polimedicação e os hábitos tabágicos e alcoólicos (v.g., Stuck *et al.*, 1999). A nível de factores protectores destaca-se a actividade física como um dos mais estudados, existindo ampla evidência não só de efeitos a nível da prevenção/adiamento das limitações físicas mas também de melhoria funcional em situações em que se verifica já perturbação da saúde (Heikkinen, 2003) e ainda de um papel na manutenção da função cognitiva (Bogers *et al.*, 2005; Fratiglioni *et al.*, 2004; Rowe, Kahn, 1997)³⁷. A mesma noção dos potenciais efeitos protectores da prática/uso perpassa na literatura relativamente à capacidade funcional cognitiva (v.g., Fratiglioni *et al.*, 2004), havendo evidência de que programas de treino poderão inclusive melhorar a performance dos idosos (v.g., Baltes, Baltes, 1990). Exemplos de outros factores apontados como relevantes para a maximização da capacidade funcional são, para a função cognitiva, a auto-eficácia e auto-conceitos positivos (v.g., Lupien, Wan, 2004) ou o IMC, a hipertensão arterial e o suporte emocional, para a física (Rowe, Kahn, 1997). As relações sociais têm igualmente demonstrado papel quer na capacidade funcional em geral - o isolamento social foi, por exemplo, identificado como importante risco num estudo de preditores de fragilidade (Strawbridge *et al.*, 1998) –, quer inclusive no funcionamento cognitivo (Bogers *et al.*, 2005; Fratiglioni *et al.*, 2004). Finalmente, os factores socioeconómicos revelam-se fortemente associados a inúmeros indicadores de perda funcional/incapacidade, seja física, cognitiva ou sensorial, a qual tende a ser mais frequente entre os que têm menor nível de rendimento/ escolaridade/ riqueza (v.g., Avendano *et al.*, 2005; BURDIS, 2004; Dewey, Prince, 2005; Mackenbach, 2006; Minkler *et al.*, 2006; Stuck *et al.*, 1999).

Inúmeros outros factores poderão estar implicados nos vários domínios de capacidade funcional – nomeadamente características do ambiente, físico e social, que embora reconhecido com importante no “processo de incapacidade/ *disablement*”, tem sido relativamente pouco estudado (v.g. BURDIS, 2004).

Actividade e Participação ³⁸

Muitas das questões centrais em gerontologia e em políticas ligadas ao envelhecimento cabem nesta componente da funcionalidade, ou para ela remetem. Pretendendo, na definição da CIF (OMS, 2004), englobar a totalidade das áreas vitais, abrange naturalmente um vasto espectro de conceitos e vertentes de vida/saúde/funcionalidade.

Incluem-se aqui desde acções relativamente básicas/“moleculares” – por exemplo a mobilidade, um *outcome* cada vez mais utilizado em estudos sobre incapacidade, por constituir aspecto crucial para

³⁶ Este “peso” de factores passados recomenda uma intervenção ao longo de toda a vida visando promover um envelhecimento saudável, não só precavendo, como é mais usual, os aspectos que conduzam a um maior declínio funcional mas também optimizando as trajetórias funcionais no sentido de maximizar o pico máximo de desenvolvimento (e assim, criar maior reserva face a etapas posteriores de perda funcional) (Kalache, Kickbusch, 1997).

³⁷ Há aliás evidência diversa no sentido da importante interligação entre função física e cognitiva, com dificuldades a nível cognitivo a constituírem risco para a capacidade física e alguns indicadores de bom desempenho a este nível (e.g., capacidade pulmonar) a surgirem como preditores de manutenção das funções intelectuais (v.g., Rowe, Kahn, 1997).

³⁸ Remete-se aqui para a componente da CIF, com a mesma designação, que engloba as seguintes áreas vitais: Aprendizagem e aplicação dos conhecimentos; Tarefas e exigências gerais; Comunicação; Mobilidade; Auto cuidados; Vida doméstica; Interações e relacionamentos interpessoais; Principais áreas da vida; Vida comunitária, social e cívica. Estes domínios na CIF podem ser analisados quer em termos de Capacidade (o nível máximo provável de funcionalidade, avaliado a partir da execução de tarefas num ambiente padrão), quer de Desempenho (o que o indivíduo faz no seu ambiente habitual).

muitas outras actividades (Heikkinen, 2003; WHO, 1998a; Botelho, 2005) – até, no extremo oposto, comportamentos tão complexos como os envolvidos nas questões de participação política e cidadania. Assim, a já discutida proposta de “envelhecimento activo” da OMS é um exemplo paradigmático de metas – de participação em assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos – que se podem situar neste nível mais amplo de funcionalidade (WHO, 2002a).

Também as noções de **independência-dependência** – tão enfatizadas no domínio das políticas públicas, mas igualmente no plano individual/subjectivo (v.g., Audit Commission, 2004a; Leeson *et al.*, 2004) – se associam a esta componente, já que, pelo menos num sentido mais elementar, podem ser definidas em função da necessidade ou não de apoio de terceiros para a realização de tarefas vitais: “*Independence is commonly understood as the ability to perform functions related to daily living – i.e. the capacity of living independently in the community with no and/or little help from others*” (WHO, 2002a, p. 13). Possivelmente a operacionalização mais frequente neste plano – e porventura a forma mais generalizada de avaliação da funcionalidade/incapacidade – é feita em termos de Actividades da Vida Diária/AVDs (ou Actividade Físicas da Vida Diária - Heikkinen, 2003), e Actividades Instrumentais da Vida Diária/AIVDs³⁹. A definição da (in)capacidade e dependência de acordo com estes parâmetros tem óbvias implicações relevantes, nomeadamente para a prestação de cuidados – embora não esteja também isenta de críticas, incluindo as que apontam a falta de suporte teórico e de consulta aos próprios idosos na sua elaboração (Leeson *et al.*, 2004). Mas o que, acima de tudo, talvez convenha reter – quando, como é aqui o caso, se priorizam metas valorizadas pelos próprios interessados –, é a preocupação de evitar leituras reducionistas e uniformizantes sobre o que serão, para cada indivíduo, os aspectos/actividades específicos decisivos para o seu sentido de independência – já que esta, ao limite: “*very much along the same lines as quality of life – is a concept, which is not only difficult to define universally, it is difficult to assess and measure because of its individuality*” (Leeson *et al.*, 2004, p. 8).

Um conceito estreitamente associado (e por vezes confundido) com o de independência, é o de **autonomia** – aqui entendida de acordo com a definição dada em “Active Ageing”: “*the perceived ability to control, cope with and make personal decisions about how one lives on a day-to-day basis, according to one’s own rules and preferences*” (WHO, 2002a, p. 13). De operacionalização ainda mais complexa que a (in)dependência, tenderá em todo o caso a expressar-se nas várias áreas vitais de actividade/participação, pelo que, mesmo não se esgotando nesta definição de funcionalidade, com ela se encontrará relacionada (tal como com os conceitos de controle e *empowerment*, a abordar noutros pontos).

O mesmo se poderá talvez dizer de noções como a de “competência (quotidiana)”⁴⁰. Outro exemplo será o “envolvimento com a vida” que Rowe e Kahn (1997), como se viu, propõem como o terceiro dos domínios do seu modelo, e aquele que mais completamente representaria o “envelhecimento bem sucedido”; traduzir-se-ia na manutenção de vários tipos de actividades, destacando-se as produtivas e relacionamentos interpessoais – ambos domínios contemplados na CIF. Há inúmeros outros trabalhos que analisam diversos tipos de actividades – por exemplo, actividade física, actividades sociais, de lazer, trabalho, etc. –, ou mais genericamente o nível de actividade, em relação com o processo de envelhecimento e com a saúde e bem-estar dos idosos (v.g., Menec, 2003). Lembre-se a este propósito que conceptualizações como a “Teoria da Actividade”, de Lemon e colegas (ou, a teoria oposta, do Descomprometimento / *Disengagement theory*, formulada por Cumming e Henry⁴¹), que em certa época assumiram um papel central em Gerontologia e mobilizaram inúmeros trabalhos de investigação e

39 As AVDs incluem, por exemplo, tomar banho, comer, usar a casa de banho ou andar em casa; são ilustrações de AIVDs fazer compras, actividades domésticas, usar o telefone, tomar medicação, gerir dinheiro, usar transporte (v.g., Botelho, 2005; WHO, 2002a).

⁴⁰ Diehl (1998), por exemplo, propõe uma definição de “competência quotidiana” que considera mais abrangente que a de saúde funcional expressa em termos de AVDs e AIVDs; remetendo para a capacidade de execução de certas tarefas, envolveria múltiplos domínios (físico, cognitivo, emocional e funcionamento social) e componentes. Já o equacionar da competência na sequência do estudo piloto no âmbito do EXCELSA (European Longitudinal Study of Aging) enfatiza mais a componente “Capacidade Funcional”, uma vez que o factor empiricamente destacado se associa a medidas de funções físicas e cognitivas mais elementares (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 2004).

⁴¹ Lemon *et al.*, 1972 ; Cumming, Henry, 1961 – ambos citados nomeadamente por Bowling (2005).

intervenção, propõem como noções centrais para o envelhecimento o envolvimento dos idosos em actividades/ papéis diversos (v.g. Bowling, 2005).

As justificações para a eleição de metas em PromS 65+ relativas à actividade e participação são também múltiplas, e de ordem diversa. A investigação no domínio da funcionalidade/incapacidade em idosos adopta com frequência indicadores que se enquadram nesta componente (e.g., mobilidade, AVD, AIVD), atestando a relação de limitações/restrições a este nível com maior risco de mortalidade e de morbilidade (e.g., aumento de doenças cardiovasculares, depressão - mas também agravamento das patologias existentes, das suas consequências e da dor, bem como do próprio nível de incapacidade); aumenta igualmente de forma acentuada a sobrecarga dos sistemas de cuidados informais, a par da utilização de serviços de saúde e de apoio domiciliário, a hospitalização e o internamento em lares; ao limite reduz a autonomia e liberdade de escolha, o bem-estar e qualidade de vida dos idosos (v.g., Heikkinen, 2003; BURDIS, 2004; Dewey, Prince, 2005; Ostir *et al.*, 1999). Há igualmente já alguma evidência relativa às implicações de outros tipos de actividades/participação. Menec (2003), por exemplo, salienta que de forma geral a investigação apoia a noção de que o nível geral (número e/ou frequência) de actividade não só tem uma associação positiva com o bem-estar/felicidade dos idosos, como será também um preditor do *status* funcional físico e cognitivo, da saúde física e da mortalidade. Tudo indica, em todo o caso, que diversos tipos de actividades terão benefícios diferenciados, com as actividades de tipo social e produtivo a apresentarem clara relação com o bem-estar e, possivelmente, também com a sobrevivência (Menec, 2003) e a funcionalidade (*idem*; Avlund *et al.*, 2004b), ao passo que, por exemplo, algumas actividades de lazer solitárias poderão só contribuir para a felicidade (Menec, *ob. cit.*). Aquilo que Bukov *et al.* (2002) apontam como formas de participação social mais exigentes - actividades “altruístas” (e.g., voluntariado), produtivas, etc. - parecem ter também especial impacto na qualidade de vida dos mais velhos, maior do que as actividades simplesmente recreativas. As interrelações e processos subjacentes às associações actividade-saúde-bem-estar serão múltiplos e complexos, mas valerá a pena salientar que a manutenção de (certas) actividades poderá ter um papel particularmente relevante na continuidade do sentido de identidade pessoal e significado para as pessoas mais velhas (v.g. Kendig *et al.*, 2000). Mais genericamente, trabalhos recentes no âmbito da psicologia positiva têm vindo a dar especial destaque ao que designam como “actividades intencionais” enquanto determinante de aumento sustentado de felicidade /bem-estar (Lyubomirsky *et al.*, 2005; Sheldon, Lyubomirsky, 2006). Em suma, no plano individual além de benefícios mais amplos ao nível do bem-estar e qualidade de vida, a actividade/participação parece ter ainda repercussões significativas na sobrevivência, morbilidade e capacidade funcional (sendo as relações com outras componentes da funcionalidade e saúde com frequência bidireccionais), embora com padrões diferenciados consoante as actividades e os subgrupos populacionais e suas circunstâncias.

Por outro lado, como se referiu já, a independência e possibilidade de realizar tarefas/actividades relevantes é, em geral, um aspecto subjectivamente valorizado pelos próprios idosos. É interessante notar, porém, que alguns estudos, incluídos numa revisão de literatura sobre componentes de QV nomeadas pelos idosos, parecem apontar no sentido das questões da independência/autonomia serem sobretudo sentidas como importantes face a situações de doença (Brown, Flynn, 2004). As actividades, em especial as actividades /papéis sociais, surgem também, em vários estudos, como aspectos frequentemente destacados como importantes pelos pessoas mais velhas (*idem*).

Um aspecto que tem certamente reforçado a importância de políticas visando melhorias em termos de actividade/ independência são as suas consequências colectivas – tanto em termos do valor social e económico que advém das contribuições potenciais, a diversos níveis, dos cidadãos mais velhos, como em termos dos custos decorrentes quer da sua saída do mercado de trabalho, quer das necessidades de cuidados de saúde e outros, formais e informais, geradas pelas situações de dependência /incapacidade (v.g., Heikkinen, 2003; WHO, 2002a).

Finalmente é de destacar que a participação social/cívica, como meta em PromS 65+, se justifica também naturalmente pela importância intrínseca da cidadania e pela sua associação com o empowerment, princípio central de PromS.

É possivelmente o peso económico da incapacidade que leva com frequência a sobrevalorizar a sua prevalência – verifica-se, no entanto, que o que se passa nomeadamente a nível de cuidados de longa duração, é que uma minoria de indivíduos com situações muito graves (que exigem por exemplo institucionalização) consomem uma grande fatia dos recursos (Crimmins, 2004). A realidade parece ser que a maioria dos idosos não só retém a sua independência como, segundo sugere o estudo europeu ESAW (Fortuijn *et al.*, 2003), estará activo e satisfeito com o seu envolvimento nas actividades quotidianas – participação que esta, como outras pesquisas, salientam ser porém marcada pela diversidade nos padrões encontrados.

De qualquer forma, é incontestável também que uma proporção significativa de pessoas idosas experimenta dificuldades em actividades (instrumentais) da vida diária: dos europeus de 50+ anos, residentes na comunidade, abrangidos pelo SHARE cerca de 10% tinha uma ou mais limitações em AVDs e 17% em AIVDs; uma proporção ainda maior teria algum tipo de problemas de mobilidade (Mackenbach *et al.*, 2005)⁴². A prevalência de várias incapacidades aumenta com a idade, tendendo, segundo o relatório HEN, a acelerar após os 70 anos e a implicar a necessidade de apoio sobretudo após os 80 anos, verificando-se que depois dos 84 anos metade das pessoas tende a ter dificuldades com AVDs (Heikkinen, 2003). Saliente-se, em todo o caso, que tal não implica que a incapacidade tenha de evoluir sempre de forma linear, havendo vários estudos longitudinais que documentam a possibilidade de recuperação observada em parte dos indivíduos (Ostir *et al.*, 1999).

Por outro lado, a tendência de evolução temporal da incapacidade a nível da população não é ainda totalmente clara. Crimmins, por exemplo, constata que, de acordo com a maioria dos estudos efectuados das últimas 2/3 décadas, a percentagem da população com incapacidades nas AIVDs – e (embora com resultados menos consistentes) também nas AVDs – parece genericamente ter vindo a diminuir (ainda que com padrões distintos em função do subgrupo etário, género e ESE); o mesmo se passará com vários indicadores de mobilidade/funcionalidade a nível físico (2004). As evoluções contraditórias de vários indicadores de saúde (com destaque para o aumento recente de alguns factores de risco) alimentam, porém a incerteza do comportamento futuro da incapacidade nos idosos. Certo será, no entanto, que o aumento da proporção populacional e número absoluto de idosos e, mais ainda dos muito idosos, implicará necessariamente um peso social importante das questões ligadas à incapacidade e à dependência⁴³. Por exemplo, com base somente nas alterações populacionais⁴⁴, o estudo *Global Burden of Disease* da OMS estima que a prevalência do que classificam como as 3 mais graves categorias de incapacidade aumentará, nos conjunto dos países desenvolvidos, 31% entre 2000 e 2050 (na faixa etária 60+ anos passar-se-ia de cerca de 25 milhões de pessoas nesta situação em 2000, para 45 milhões em 2050); para Portugal, os mesmos cálculos apontam um pico máximo da prevalência total em 2040, representando 15% de aumento face a 2000, com ligeiro decréscimo na década seguinte (cerca de 331 milhares pessoas de 60+ anos em 2040, contra os 209 milhares de 2000) (Harwood *et al.*, 2002, 2004).

No quadro do modelo de “processo de incapacidade/*disablement*” já mencionado a propósito da Capacidade Funcional, a via dominante de desenvolvimento da incapacidade decorre de acordo com uma progressão que leva da patologia às deficiências, destas às limitações nas acções básicas (andar, falar, etc.) e daí à incapacidade mais ampla em actividades da vida diária (gestão doméstica, socialização, trabalho, recreação, etc.). Ao longo deste processo, ou “cascata”, de perda de funcionalidade tenderão a

⁴² Quanto às situações de limitações mais graves de mobilidade, o projecto BURDIS (2004) cita estudos que indicam que cerca de 8% das pessoas aos 75+ anos e 28% das com 85+ anos teria dificuldades em deslocar-se fora de casa sem apoio, sendo que as limitações à mobilidade no interior da habitação atingiriam respectivamente 5% e 14% dos idosos nas mesmas faixas etárias.

⁴³ Note-se que é igualmente a nível desta última questão que mais se deverão fazer sentir, simultaneamente, os efeitos de outras tendências demográficas (como as alterações na estrutura das famílias e redução do número de filhos) com reflexos na disponibilidade de apoio informal (que actualmente assegura grande parte das necessidades de cuidados de longa duração) - embora também nesse plano as tendências de evolução futura não sejam completamente claras (v.g. Tomassini *et al.*, 2004).

⁴⁴ Os cálculos assumem a estabilidade da prevalência das doenças/categorias de diagnósticos que servem de base às estimativas de incapacidade (Harwood, Sayer, 2002).

estar implicados inúmeros factores, tanto externos como individuais. Esta perspectiva torna, por um lado, patente que genericamente toda a gama de factores habitualmente considerados em saúde está aqui potencialmente implicada (cf. a proposta *Active Ageing* da OMS) – embora naturalmente de forma distinta consoante o tipo específico de incapacidade e situação em causa. Em termos de factores de risco de incapacidade dos idosos destacam-se desde logo, neste modelo, as patologias (em especial as doenças crónicas) e os níveis mais básicos de incapacidade (i.e., deficiência/perda de capacidade funcional), com todos os determinantes que lhes estão por sua vez associados e que foram já brevemente abordados. Por outro lado, no entanto, subjacente ao modelo de *disablement* está também a noção de que a funcionalidade/ incapacidade de modo geral, e, de forma particularmente evidente, a actividade e participação, são a resultante da intersecção do indivíduo com o meio, tanto em termos etiológicos como ao nível das manifestações ou consequências. Tal ideia é acentuada, por exemplo, na CIF, em que “a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os factores contextuais” que nesta classificação “englobam factores pessoais e ambientais”⁴⁵ (OMS, 2004, p. 14). Ora se a investigação produziu já considerável evidência sobre inúmeros factores implicados em diversas vertentes de funcionalidade/incapacidade, é ainda assim notório que os determinantes contextuais, sobretudo ambientais, mas também a interacção entre factores, se encontram ainda insuficientemente explorados (v.g., BURDIS, 2004; Heikkinen, 2003; Stuck *et al.*, 1999).

O Relatório HEN sobre incapacidade nos idosos destaca entre os factores de risco modificáveis com evidência mais sólida, as doenças crónicas e deficiências/limitações funcionais (físicas e mentais), sintomatologia depressiva, fracas estratégias de ‘coping’ e um estilo de vida sedentário (entre outros comportamentos pouco saudáveis) (Heikkinen, 2003). A influência de outros factores tem sido também estudada, sendo impraticável a sua enumeração exaustiva. Por exemplo, o trabalho de Rowe e Kahn, a propósito neste caso dos determinantes da manutenção das actividades produtivas, destaca o papel não só da saúde funcional mas também da educação e dos conceitos de auto-eficácia, mastery e controle (1997). O local de residência influenciará também a frequência, duração e diversidade de actividades, com os idosos em equipamento colectivo a apresentar níveis mais baixos de actividade do que os residentes na comunidade (Horgas *et al.*, 1998). A inserção em redes sociais será um factor protector importante na manutenção da funcionalidade (v.g. Avlund *et al.*, 2004b). Há ampla evidência quanto à relevância da posição social/ESE quer no desenvolvimento da incapacidade, quer nos padrões de actividade e participação (v.g., Avendano *et al.*, 2005; Bukov *et al.*, 2002; BURDIS, 2004; Fortuijn *et al.*, 2003; Heikkinen, 2003; Mackenbach, 2006; Minkler *et al.*, 2006; Stuck *et al.*, 1999). Muitos outros aspectos do ambiente social e cultural - manifestando-se nomeadamente, nas expectativas e oportunidades que cada sociedade, em dado momento, tem face aos seus membros mais velhos - podem ter papel de barreira ou facilitador, sendo que, ao limite: “*Prejudice and discrimination in different arenas of life may disable and restrict people’s activities even more than impairments and functional limitations do*” (BURDIS, 2004, p. 2). O ambiente físico têm óbvias implicações para, por exemplo, a forma como uma dada perda funcional se traduz ou não numa limitação de actividade/participação em função dos obstáculos directos à acessibilidade (e das tecnologias de apoio disponíveis). Mas haverá que considerar igualmente interrelações mais complexas – por exemplo no que toca à mobilidade, como ilustra o estudo longitudinal de Balfour e Kaplan (2002), revelando a associação entre vários tipos de problemas na zona de residência (e.g., ruído, iluminação, trânsito) e um risco acrescido de perda funcional geral, provavelmente alimentada pelo “desuso”/redução da actividade gerado por tais condições.

A complexidade é de resto nota dominante neste domínio, com uma multiplicidade de factores implicados, actuais e do passado, interagindo com frequência entre si, e envolvendo relações causais muitas vezes bidireccionais. Nesta teia de interdependências, ao mesmo tempo que a existência de determinada patologia ou perda sensorial, por exemplo, limita as actividades se o ambiente for pouco favorável, o nível

⁴⁵ Horgas e colegas por exemplo valorizam esses mesmos factores a propósito das actividades quotidianas dos mais velhos, afirmando que estas “*aside from reflecting one’s internal constraints and opportunities (e.g., elders’ goals, motivation, skills, preferences, needs, and wishes), (...) are also affected by external opportunities and constraints that foster and hinder participation in certain types of activities or influence how one structures daily life*” (Horgas *et al.*, 1998).

de actividade é por sua vez instrumental para a manutenção da saúde e capacidade funcional, acesso a recursos, relacionamentos interpessoais, etc. Acresce a importante carga subjectiva de que se investem muitas áreas vitais - em termos de significado simbólico, associação a valores, objectivos de vida e papéis sociais, contribuição para a auto-estima e para o sentido de identidade (v.g., Kendig *et al.*, 2000; Godfrey, 2001) –, valoração essa que, para além do mais, longe de ser estática, sofrerá adaptações ao longo do percurso de vida (v.g. Menec, 2003) e do próprio processo de envelhecimento (v.g. optimização selectiva com compensação - Baltes, Baltes, 1990).

Destes aspectos resultará a heterogeneidade/diversidade que caracterizada marcadamente este domínio: nos padrões de actividade/participação encontrados; nos factores que os determinam⁴⁶ e forma como influenciam a dinâmica do fenómeno⁴⁷; nas suas consequências⁴⁸.

Em **síntese**, no âmbito do que habitualmente se designa incapacidade, mas que, numa perspectiva de PromS, será proveitoso pensar como funcionalidade, é possível distinguir duas grandes componentes.

A que aqui se denominou capacidade funcional constitui um alvo mais próximo dos tradicionalmente visados no domínio da saúde - e mais linear também em termos da interpretação das suas implicações. As perdas funcionais têm elevada prevalência nas idades avançadas e pesadas consequências potenciais (tanto na morbilidade, sobrevivência, funcionalidade e qualidade de vida individual, como em custos sociais e financeiros). Dadas as possibilidades constatadas de as evitar/retardar/minorar, a prevenção de tais incapacidades (por acção sobre os factores de risco – que incluem as doenças crónicas) torna-se uma meta essencial da promoção da saúde. Não se esgotam, porém, na prevenção as possibilidades de actuação: a maximização das capacidades (de preferência desde fases anteriores da vida), a reabilitação/recuperação das perdas e a compensação das deficiências inultrapassáveis e das suas consequências são objectivos a visar também em PromS65+. Como não se esgotam também nos factores bio-fisiológicos os determinantes da funcionalidade/incapacidade que importa considerar: aspectos do ambiente físico e social, bem como características e recursos pessoais, assumem com frequência um papel crucial na etiologia e/ou na manifestação da capacidade funcional, actividade e participação dos mais velhos.

Por sua vez, de uma forma geral, o plano mais amplo da actividade e participação será uma área central para o *empowerment*, bem estar e qualidade de vida dos indivíduos – tendo também potenciais impactos muito significativos em termos sociais e económicos. A interrelação com níveis mais “moleculares” de perdas funcionais, patologias e outras condições de saúde é importante e complexa, sendo a actividade/participação dos idosos componente e resultante/ expressão de condições de saúde subjacentes, ao mesmo tempo que é um importante determinante para a manutenção da capacidade funcional, a prevenção/ controle de doenças crónicas, a própria sobrevivência - e o desenvolvimento do potencial individual/ *flourishing*...

Este plano genérico revela-se pois particularmente pertinente, tanto do ponto de vista individual, como colectivo, para o estabelecimento de metas de PromS 65+ (sejam finalidades últimas ou resultados intermédios – por vezes de difícil destrição) – como exemplificado na perspectiva de “Active Ageing” da OMS. Importa, no entanto, salvaguardar que já as metas específicas a valorizar – i.e., os domínios de actividade a privilegiar – não deverão ser encarados como universais, exigindo atenção à diversidade cultural e individual (bem como aos eventuais conflitos entre as perspectivas individual e colectiva, de que pode ser exemplo a questão do prolongamento da actividade laboral...). Assim, do ponto de vista de PromS, interessará eleger como metas últimas a maximização da actividade/participação nos domínios valorizados pela pessoa no seu contexto concreto de vida – bem como, mais genericamente, as que

⁴⁶ Por exemplo, Avlund *et al.* (2004b) observam que se a diversidade de relacionamentos e elevada participação social são importantes para a manutenção da capacidade funcional em ambos os sexos, já o suporte social pode ser factor de risco para os homens com 80+anos.

⁴⁷ Por exemplo, num estudo longitudinal, Bukov *et al.* (2002), verificam que a educação e ocupação se relacionam com a intensidade da participação social dos idosos, mas a evolução posterior desta é sobretudo explicada pela idade e saúde.

⁴⁸ Por exemplo, um mesmo grau de limitação de mobilidade pode implicar uma grande restrição à participação num ambiente com obstáculos e/ou para quem tem poucos recursos e nenhuns problemas de desempenho noutro contexto com a acessibilidade e assistência adequadas; a limitação num mesmo tipo de actividade (e.g., condução) pode ser pouco relevante para dada pessoa/ contexto/cultura e afectar grandemente o bem-estar de outra; o apoio de outrem pode ser bem aceite na realização de algumas tarefas (e.g., limpeza da casa) mas não noutras (e.g., higiene pessoal).

contribuem para a sua saúde e para que (parafraseando a definição de Otava) possa assumir maior controle sobre a sua saúde e sobre os factores que a determinam⁴⁹.

B.1.1.4. SAÚDE SUBJECTIVA OU AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Sendo nas últimas décadas amplamente utilizado em inquéritos de âmbito geral e contemplado em vários sistemas de indicadores (e.g., ECHI, OMS, OECD), a **apreciação que as pessoas fazem da sua própria saúde** pode ser considerado um indicador que sumariza a totalidade das dimensões da saúde (v.g., Crimmins, 2004), subentendendo quer aspectos relativos à morbilidade, mortalidade e funcionalidade, quer vertentes subjectivas de bem-estar físico, mental e social.

Inúmeros estudos e revisões de literatura evidenciam que constitui “a source of reliable and valid data on health status, especially among the aged (Pollack, von dem Knesebeck, 2004, p. 385), e “one of the most robust predictors of mortality in older adults”, predizendo também a saúde subsequente e o declínio funcional (Wang, Satariano, 2007, p. 1428), ou ainda, por exemplo, a utilização de serviços de saúde (Penning, 1995, citado em Cott *et al.*, 1999).

No entanto, embora comprovadamente relacionado com a situação objectiva de saúde, há que ter presente que diversas outras fontes de informação e critérios parecem estar subjacentes à avaliação que as próprias pessoas fazem da sua saúde, que assim não coincide necessariamente com os diagnósticos clínicos. Evidência disso são dados - particularmente relevantes quando se trata de idosos - como a grande percentagem de pessoas com doenças crónicas e incapacidades que se considera de boa/excelente saúde (v.g. Cott *et al.*, 1999), ou a tendência para uma relativa estabilidade da apreciação ao longo do tempo. Quanto a este último aspecto, o estudo longitudinal efectuado por Leinonen e colegas (2002), confirma que na auto-avaliação de saúde de indivíduos com mais de 75 anos, a estabilidade era mais frequente que a alteração – e isto apesar do declínio objectivo, associado à idade, de muitos dos determinantes dessa apreciação. No entanto, quando tal deterioração (nomeadamente na saúde e desempenho funcional) era substancial, passava já a reflectir-se num agravamento na percepção da saúde, justificando a conclusão dos autores de que “among older people change and stability in [self-rated health] over time systematically reflect health status, functional performance, and physical and social activity” (ob. cit., p. 79). Essa relativa estabilidade⁵⁰, envolvendo um certo “desfasamento” face ao declínio do estado de saúde, é em geral vista como sugestiva do papel das expectativas e normas implícitas associadas ao envelhecimento e das comparações e ajustamentos progressivos subjacentes à auto-avaliação efectuada pelas pessoas idosas (v.g., Henchoz *et al.*, 2008).

Pesquisa apoiada em métodos quantitativos, mas também qualitativos (v.g. referências em Henchoz *et al.*, 2008; Huisman *et al.*, 2007; Leinonen, *et al.*, 2002; Wang, Satariano, 2007) tem apontado uma grande diversidade de factores implicados na auto-apreciação de saúde dos idosos, incluindo, para além dos já referidos indicadores objectivos de estado de saúde, actual e passado, características psicológicas (e.g., auto-eficácia), recursos (e.g., suporte social, acesso a cuidados) e factores sociais (e.g., género, ESE), entre outros – ainda que os resultados da investigação nem sempre sejam consistentes para todos os determinantes. Uma questão quanto à qual há dados contraditórios diz respeito a auto-avaliação da saúde poder ou não ser vista como um *continuum*, e os factores subjacentes relevantes não terem que ser forçosamente os mesmos para os pólos positivos e negativos da avaliação (v.g., Leinonen, *et al.*, 2002). Possivelmente um dos aspectos subjacente a algumas aparentes contradições é a complexidade de efeitos e interacções dos factores, que podem fazer alterar a sua relevância em certos grupos e/ou circunstâncias - como ilustra o estudo de Cott *et al.* (1999), ao observar a importância de uma *mastery*

⁴⁹ O papel da actividade / participação enquanto determinante da saúde (e de *empowerment*) é retomado noutros tópicos deste capítulo.

⁵⁰ Fala-se em estabilidade relativa já que, tanto em estudos longitudinais como transversais, se verifica em geral, de qualquer modo, um declínio da saúde percebida com o aumento da idade – é, por exemplo, o que se constata na maioria dos países europeus, pelo menos até ao grupo etário dos 75-84 anos, sendo que para idades superiores em alguns países ocorre uma inversão dessa tendência (EC, 2003, p. 40).

reduzida como preditor de má avaliação de saúde, mas só em situações de doença crónica e incapacidade, não na população em geral.

O facto de proporcionar informação adicional aos indicadores mais objectivos, abarcando a multidimensionalidade e a vertente positiva da saúde, bem como a perspectiva do próprio interessado, são algumas das vantagens deste, relativamente a outros tipos de resultados já discutidos.

No entanto, essa mesma subjectividade do indicador tem potenciais dificuldades inerentes. Como salientam, por exemplo, Huisman *et al.* (2007), a multidimensionalidade subjacente à auto-avaliação da saúde abre portas a diferenças culturais e sociais que condicionam as interpretações comparativas, por exemplo entre pessoas/ grupos de idade, sexo, ESE, ou países distintos. Se é facto que alguns estudos não detectam diferenças relevantes ou, pelo menos, concluem que as encontradas não são de molde a enviesar significativamente as conclusões - como é o caso do próprio Huisman e colegas, analisando a variação na capacidade preditiva da mortalidade, entre grupos de nível educacional distinto (*ob. cit.*) -, mesmo assim a evidência sugerindo possibilidade de disparidades (v.g., Menec *et al.*, 2007) recomenda cautela nas comparações, nomeadamente internacionais (v.g., Olsen, Dahl, 2007; Jürges, 2005).

Tais limitações podem ser particularmente relevantes no caso português, cuja aparente “atipicidade” de resultados tem sido destacada em mais do que um contexto, não estando claro o que a explica (nomeadamente, em que medida reflectirá sobretudo diferenças acentuadas no estado de saúde ou antes no estilo de resposta a este tipo de questão). Assim, por exemplo, no documento a “Saúde na Europa”, da comparação dos resultados de auto-avaliação da saúde em inquéritos nacionais, resulta que “Portugal aparece como um caso especial entre os países Europeus, com a mais baixa percepção global de saúde, a maior diferença entre géneros e o segundo mais acentuado efeito de idade e o segundo maior efeito educacional” (EC, 2003a, p. 40)⁵¹. Também especificamente para a população idosa o problema tem sido observado – como ocorreu na análise de dados do estudo SENECA, em que os participantes portugueses foram excluídos de análises estatísticas por valores “discordantemente” negativos na auto-avaliação da saúde (Haveman-Nies *et al.*, 2003).

Em síntese, e apesar das condicionantes decorrentes do seu carácter subjectivo (recomendando alguma reserva nomeadamente na interpretação de comparações transnacionais), a auto-avaliação de saúde constitui um indicador de grande interesse em PromS65+, sendo uma informação amplamente disponível, válida e fiável, robusto preditor de mortalidade e outras vertentes objectivas de saúde dos idosos, ao mesmo tempo que contempla também dimensões adicionais, positivas, e integra a perspectiva da própria pessoa. O seu carácter abrangente, não facilita, em contrapartida, a identificação de quais os factores predominantes que lhe subjazem, sendo assim pouco útil em termos de pistas específicas para a intervenção.

B.1.1.5. BEM-ESTAR (BE), QUALIDADE DE VIDA (QV) E OUTROS RESULTADOS GLOBAIS

A relação e fronteiras entre os conceitos de Bem-Estar/BE, Qualidade de Vida/QV e saúde são complexas e de difícil delimitação (v.g., Nutbeam, 1998; Raphael, 2001; Schmidt *et al.*, 2005). O BE e QV podem nomeadamente ser tomados:

- como indicadores de saúde em sentido mais abrangente, abarcando a vertente positiva desta (veja-se a definição de saúde como “*estado de completo bem-estar*” na Constituição da OMS, por contraponto à mera ausência de doença, ou, por exemplo, a conceptualização da QV como a “*outermost ‘layer’ of health*”⁵²);
- mas também como conceitos mais amplos (da esfera social), de que a saúde é (um dos) componentes ou pré-requisitos;
- ou, ainda, enquanto, eles próprios, determinantes da saúde.

Sendo em todo o caso possível reunir algum consenso em torno da ideia geral de que saúde, BE e QV serão noções complementares e parcialmente sobreponíveis, e de que QV e BE são resultados últimos a

⁵¹ Nesta análise, a proporção de pessoas que avaliaram a sua saúde como “boa/muito boa” em Portugal (1999) era de 39% - contra os 56% observados na Itália, o país com o 2º mais baixo valor, e os 86% da Irlanda, o país com o valor mais alto.

⁵² Ware, 2003, citado em Schmidt *et al.*, 2005.

privilegiar em PromS (v.g. Nutbeam, 1999; 1998; Rootman *et al.*, 2001; Raphael, 2001), restam ainda consideráveis dificuldades de operacionalização e de clarificação conceptual destas temáticas que têm vindo a receber atenção crescente - nomeadamente nas políticas e investigação gerontológica (v.g., Bowling, 2004a) -, mas a partir de perspectivas e modelos bastante diversificados.

Sob a designação genérica comum de **Bem-Estar/BE**, incluem-se diversas linhas de investigação ou domínios – sem que as delimitações entre eles sejam unânimes ou claras, ou, sequer, muitas vezes, explicitadas. Ocupando-se do BE na idade adulta avançada, R. Novo (2003), por exemplo, explora a distinção fundamental entre 2 orientações e conceptualizações, que se podem distinguir como Bem-Estar Subjectivo (BES) e Bem-Estar Psicológico (BEP)⁵³. O constructo de BES (ou BE Emocional, ou Hedónico) remete para a apreciação subjectiva global que os indivíduos fazem da sua própria vida, podendo, em termos mais básicos, ser definido a partir de duas componentes: uma de natureza mais cognitiva – a Satisfação com a Vida – e outra mais emocional – a Felicidade (avaliadas muitas vezes por itens únicos). No entanto, como sublinham Keyes e Magyar-Moe (2003), inúmeros estudos têm vindo a apontar uma estrutura subjacente tripartida, que aconselha, em acréscimo à satisfação com a vida, a distinção das dimensões de afecto positivo e afecto negativo (embora seja ainda controverso se estas são ou não independentes). Alicerçado essencialmente no campo empírico, o BES tem, desde os anos 60, vindo a gerar extensa investigação⁵⁴, que, com a desvantagem de não assentar um modelo teórico sólido, se associa, no entanto, a uma proliferação de conceitos e instrumentos de medida. BES, satisfação com a vida e/ou felicidade equacionam-se, em alguns modelos tradicionais, com QV – mas ainda que existindo parcial sobreposição entre estes conceitos, Bowling (2004a) alerta contra o injustificado uso intermutável e/ou escassamente clarificado dos termos a que por vezes se assiste.

A segunda grande linha de investigação, de BEP (ou BE Funcional, ou Eudaimónico)⁵⁵, que R. Novo identifica essencialmente com o modelo de bem-estar psicológico proposto por Carol Ryff nos anos 80⁵⁶, tem origens distintas, assentes numa reflexão teórica, e visa operacionalizar as dimensões do funcionamento psicológico positivo. Embora integrando as noções de satisfação e felicidade, este constructo agrega outros factores importantes em termos de crescimento pessoal e saúde mental. Variáveis que no BES são consideradas como correlativas, surgem aqui como recursos psicológicos⁵⁷ que serão componentes inerentes do próprio bem-estar (v.g., Ryff *et al.*, 2004; Ryff, Singer, 2003).

Keyes e Magyar-Moe (2003) conjugam este modelo de “*Wellness*” e BEP (focado sobretudo no plano individual) com o de Bem-estar Social (desenvolvido por Keyes e colegas e centrado na esfera mais pública, das relações com os outros⁵⁸) para falar mais genericamente de Funcionamento Positivo. A sua relação com a saúde mental é expressa, por exemplo, no já referido modelo de Keyes (v.g. 2005), onde os conceitos de BE emocional, psicológico e social, conjuntamente definem a dimensão positiva da saúde mental.

Medidas de BE têm sido, como se referiu, extensamente utilizadas na investigação. No que concerne especificamente aos idosos, um aspecto interessante é que, globalmente, tende a observar-se um BES positivo, contrariando eventuais expectativas de marcado decréscimo com a idade; de facto, relativamente à satisfação com a vida há inclusive vários estudos (mas não todos) que apontam o seu aumento,

⁵³ Diferentes terminologias e categorizações são usadas por outros autores – e.g. Keyes e Magyar-Moe, 2003 – embora a distinção de fundo subjacente seja semelhante.

⁵⁴ Merecendo nota de destaque, desde os anos 80, a pesquisa conduzida por Ed Diener (citado e.g. por Novo, 2003).

⁵⁵ A *eudaimonia*, no pensamento aristotélico, remete para a ideia de realização do verdadeiro potencial de cada um (v.g., Novo, 2003).

⁵⁶ O modelo de Ryff tem tido extensa aplicação, nomeadamente com populações de meia idade e idosas. Há, no entanto, várias outras teorizações e trabalhos relevantes para o BE Eudaimónico.

⁵⁷ O modelo de BEP de Ryff e as 6 dimensões-escalas que o compõem (Objectivos na Vida, Domínio do meio, Autonomia, Crescimento pessoal, Relações positivas com os outros e Aceitação de si) serão detalhadas na secção relativa a Factores Psicológicos - B.2.1.2.

⁵⁸ As dimensões incluídas neste modelo são 5: Integração social, Contribuição social, Coerência social, Aceitação social e Realização/evolução social. Escalas deste modelo e do modelo de BEP de Ryff, conjuntamente com medidas de “BE emocional”, foram nomeadamente aplicadas no estudo MINUS - MacArthur Foundation National Study of Successful Midlife, na década de 90 (v.g., Keyes, Magyar-Moe, 2003; Keyes, 2005).

enquanto que para o afecto positivo os resultados se dividem entre o aumento e o declínio, e para o afecto negativo há evidência quer de estabilidade, quer de diminuição com a idade (v.g., Ryff *et al.*, 2004). As explicações avançadas, como os próprios dados, não são concludentes, embora possivelmente estejam implicados processos adaptativos; tudo indica, de qualquer modo, que o BES seja influenciado não só pelas circunstâncias/factores objectivos, mas também por aspectos como expectativas, tipo de objectivos de vida, processos de comparação, e características psicológicas (v.g., Bowling, 2004a; Novo, 2003; Ryff *et al.*, 2004). A saúde (saúde subjectiva e, sobretudo, funcionalidade⁵⁹) surge como um dos principais preditores da satisfação com a vida e também da felicidade, tendo o rendimento também uma relação consistente, embora de fraco efeito, com o BES (v.g., Bowling, 2004a; Ryff *et al.*, 2004). Outras características individuais mas também contextuais (e.g., educação, situação laboral, estado civil, inflação, indicadores de capital social e outros) têm revelado associação com o BE das pessoas e populações (v.g., OECD, 2007). A felicidade em particular tem também sido investigada do ponto de vista da sua “sustentabilidade” ao longo do tempo – um aspecto de especial relevância para a intervenção: Lyubomirsky e colegas, propõem um modelo de “Bem-estar longitudinal” em que destacam uma categoria de factores, que denominam “actividade intencional” (incluindo aspectos comportamentais, cognitivos e volitivos), como sendo aqueles que poderão ter um contributo mais importante para ganhos duradouros de bem-estar (v.g. Lyubomirsky *et al.*, 2005; Sheldon, Lyubomirsky, 2006).

Quanto ao BEP, têm sido identificadas consistentes variações com a idade cujos padrões dependem das dimensões consideradas: enquanto aspectos como a Aceitação de Si se revela bastante estável, o Domínio do Meio tende a aumentar com a idade e o Crescimento Pessoal e Objectivos de vida a diminuir acentuadamente (v.g., Ryff *et al.*, 2004)⁶⁰. Outros factores sociodemográficos e circunstanciais têm também sido associados a variações no BE eudaimónico. Por exemplo, um estudo longitudinal de Kaplan e outros sugere importantes efeitos cumulativos do nível de rendimento e suas alterações no BEP de pessoas de 50 e mais anos (2008), havendo também evidência de correlações positivas com o nível educativo e ocupação (v.g., Ryff *et al.*, 2004).

Lima e Novo (2006) efectuaram uma análise de indicadores de BES e BE Social (relativos a 2 das dimensões de Keyes) em 20 países europeus incluídos no ESS2, assinalando, entre outros aspectos, a importância, para a análise destas questões, do nível de desenvolvimento nacional. Assim, se nos países desenvolvidos o BE tende a ter pouca correlação com a idade (só a dimensão de aceitação social/confiança apresenta uma relação positiva, quando o rendimento é controlado), já nos menos desenvolvidos não há aumento de BE Social com a idade e para o BES encontra-se mesmo uma clara associação negativa. Inclui-se neste último grupo Portugal que, com valores bastante baixos nas 3 vertentes de BE analisadas (sendo, aliás, o pior dos 20 na satisfação com o funcionamento social), surge, para além disso, como o país em que os factores objectivos – idade, rendimento, estado civil – mais contam como preditores, em especial no BES, sendo menor o peso de variáveis subjectivas (em que se incluía a saúde percebida).

Para além do valor intrínseco que lhe é atribuído na nossa sociedade, um dos argumentos importantes para o interesse no BE é o seu contributo favorável para várias áreas de funcionamento - incluindo a funcionalidade, saúde e longevidade, para além de aspectos como a produtividade ou relações interpessoais (v.g., Lyubomirsky *et al.*, 2005 a propósito dos benefícios da felicidade, ou Keyes, 2005, quanto aos estados de *flourishing* vs. *languishing* e Keyes e Magyar-Moe, 2003 sobre a “utilidade” do BE). Naturalmente a direcção da relação causal entre bem-estar e saúde nem sempre é fácil de discernir, sendo com toda a probabilidade recíproca (v.g., Huppert, Ballis, 2004). De qualquer modo, a investigação

⁵⁹ A pesquisa de Kendig e colegas (2000) ilustra bem, porém, a complexidade deste domínio, revelando que o poder preditivo da saúde face ao BE dos idosos depende das variáveis consideradas (e.g. tendem a ser mais relevantes as limitações de actividade e de AIVD, ao passo que doenças crónicas por si terão pouco impacto), assim como das dimensões de BES em causa (sendo o afecto positivo, negativo e sintomatologia depressiva afectados de forma diferenciada pelos factores analisados).

⁶⁰ Ryff e colegas, salientam porém que a natureza transversal de parte destes estudos não permite assegurar em que medida tais alterações são maturacionais ou reflexo de diferenças entre coortes – ao mesmo tempo que fazem notar o carácter fortemente dinâmico do BE eudaimónico sugerido pela pesquisa longitudinal existente (2004).

tem vindo a identificar impactes em medidas objectivas de saúde que incluem quer benefícios a curto, quer a longo prazo, passando ainda por aspectos como o controle de doenças e sintomas, e a sugerir que tanto haverá impacte prejudicial do “mal-estar” como influência salutar do “bem-estar”, envolvendo mecanismos de “buffer” face ao stress mas igualmente de incremento directo, por exemplo, do sistema imunitário (Howell *et al.*, 2007). Ryff e colegas, em particular, têm-se interessado pela investigação da hipótese de que o BE concorra para o funcionamento optimal de múltiplos sistemas fisiológicos e, a prazo, integre assim “processes that delay the onset of morbidity, help the organism maintain functional capacities, and thereby extend periods of quality living” (2004, p. 1385). Investigação preliminar que efectuaram sobre os correlatos biológicos do BES e BEP de idosos, encontrou relações extensas, ainda que modestas, do BE eudaimónico (mas raras do BE hedónico) com diversos biomarcadores (neuroendócrinos, imunológicos, cardiovasculares e outros), sugestivas do interesse de aprofundar este campo de pesquisa. Embora parte da pesquisa citada não foque específica ou exclusivamente os idosos, a meta-análise de Howell e colegas (2007), nomeadamente, salienta que apesar de existirem algumas diferenças, os efeitos do BE na saúde tendem a apresentar-se no essencial constantes independentemente da idade.

É ainda de assinalar que, na literatura gerontológica, o BE tem com frequência sido investigado associado à operacionalização de vários outros conceitos. Assim, por exemplo, no *European Study of Adult Well-Being/ESAW*, o modelo de “Envelhecer Bem/Ageing Well” proposto é estudado analisando o poder preditivo de variáveis relativas a 4 domínios de vida relativamente ao que é designado por Bem-estar Psicológico dos idosos e operacionalizado através de indicadores de Satisfação com a Vida e Valor pessoal/*Self-Worth* (resiliência e auto-estima) (Ferring *et al.*, 2003)⁶¹. Também Vaillant e Mukamal equacionam “Envelhecimento bem sucedido” com “Bem-Estar”, definindo-o através de 6 domínios – 4 relativos essencialmente à saúde física, mental e funcionalidade, um remetendo para o suporte social e outro definido como satisfação subjectiva com diversas facetas da vida (2001). Menec (2003), num estudo longitudinal relativo à actividade nos idosos, recorre ao BE (hedónico) como um dos indicadores de “Envelhecimento bem sucedido” e, avaliando-o quer em termos de Satisfação com a Vida, quer de Felicidade, obtém resultados que reafirmam estas duas dimensões de BES como distintas, embora relacionadas, observando que a actividade (de vários tipos específicos e geral) é preditora da Felicidade mas não da Satisfação com a vida.

A **qualidade de vida** é, como o do BE, uma temática marcada pela complexidade e inexistência de uma abordagem teórica e metodológica única. A (in)distinção entre variáveis causais, mediadoras e indicadores de QV, bem como as fronteiras com outros conceitos (como o de BE, envelhecimento bem-sucedido, optimal, etc.) são outras tantas questões problemáticas neste constructo. Isso mesmo assinala Bowling, na revisão de literatura que efectuou, referenciada ao contexto do envelhecimento, concluindo que a QV “*is a multi-level and amorphous concept, and is popular as an endpoint in the evaluation of public policy (e.g. outcomes of health and social care)*” (2004a, p. 6) e tendo subjacentes modelos muito diversificados, não consensuais. A revisão conceptual promovida pela European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions define QV como “*overall well-being of people living in a society*”, reflectindo “*not only living conditions and control over resources across the full spectrum of life domains, but also the ways in which people respond and feel about their lives in those domains*” (Fahey *et al.*, 2003a, p. 14 e p. 63). O conceito tem pois, como se viu, uma área de sobreposição com o de BE(S), na medida em que ambos contemplam uma dimensão de avaliação subjectiva geral, individual, explicando que, por vezes indicadores de BES sejam tomados como *proxy* de QV – ou, pelo menos, como um elemento *over-arching* desta, representando como que o balanço final das apreciações subjectivas dos vários domínios (Fahey *et al.*, 2003b). No entanto, restringir a QV a este tipo de apreciação seria não só pouco esclarecedor quanto

⁶¹ Os resultados – embora com algumas diferenças entre os 6 países envolvidos -, apresentam “Segurança Material percebida” como sendo, de longe, o preditor mais importante (sobretudo da Satisfação com a Vida) seguido do “Estado de Saúde Percebido”. A frequência das actividades de vida e os recursos de suporte social surgem também com algum poder preditivo embora menor (*idem*).

aos factores subjacentes – e portanto pouco útil em termos de políticas – como também limitativo, nomeadamente atendendo a que, como salientam Fahey e colegas, a satisfação individual depende das expectativas, as quais por sua vez são influenciadas pela experiência – pelo que as apreciações subjectivas reflectirão em boa medida a adaptação das pessoas às condições, tanto quanto a natureza destas (2003a, p. 15). A tendência actual na investigação e teorização da QV, vai de facto, de um modo bastante consensual, no sentido de combinar dimensões objectivas e subjectivas e, por outro lado, valorizar aspectos tanto micro/individuais como macro/sociais. Ou seja, importa focar para, além da satisfação, as condições de vida e demais recursos/constrangimentos - individuais e colectivos - que lhe subjazem. Entre as inúmeras dimensões de QV que se poderão considerar para os idosos, a revisão de modelos, trabalhos de investigação e instrumentos de avaliação realizada por Bowling, sugere nomeadamente: funcionalidade e saúde física; bem-estar psicossocial; características psicológicas e funcionamento psicológico e social; suporte e recursos sociais; independência, autonomia e controle percebido; condições materiais e financeiras, capital social comunitário e ambiente mais amplo (incluindo a dimensão política da sociedade) (2004a, p. 46). Ainda que sem consenso quanto a definições, medidas ou dimensões específicas, a multidimensionalidade tende de facto, em todo o caso, a ser uma característica comum a boa parte das abordagens de QV (v.g., Power, 2003). Por exemplo a concepção quadripartida de QV dos idosos de Lawton, um modelo amplamente divulgado, envolve: competência comportamental (incluindo indicadores de saúde, comportamento social e outros); qualidade de vida percebida (avaliação subjectiva dos vários domínios de vida); bem-estar psicológico (incluindo satisfação e afectos positivos e negativos); ambiente externo objectivo (e.g., indicadores económicos e de habitação) (Lawton 1982, 1983a, 1983b, citado em Bowling, 2004a).

Importa acentuar que a selecção de domínios que integram um modelo de conceptualização ou avaliação de QV envolve necessariamente decisões que são de ordem normativa e não puramente científica - já que o juízo sobre as áreas da vida que são relevantes e o peso que lhes é atribuído no BE global não são dados universais, dependendo sim do quadro de referências, valores, objectivos dos indivíduos/ grupos/ culturas a que respeitam (v.g., Fahey *et al.*, 2003a). Embora muitos dos instrumentos ou sistemas de indicadores para a avaliação da QV assentem numa selecção de domínios efectuada por académicos/decisores, do ponto de vista da PromS parece especialmente importante contemplar nessa avaliação a perspectiva dos indivíduos visados pela intervenção. Tal preocupação de incorporação da subjectividade pode, no entanto, ser operacionalizada de diversos modos e em diferente “graus”. Levada ao limite, implicará o recurso a métodos abertos e a total impossibilidade de standardização – o que alguns defendem ser especialmente importante no caso dos idosos (v.g., Hendry, McVittie, 2004). Mas, apesar de tudo, como salienta Bowling, a pesquisa revela a tendência para a partilha de valores numa dada sociedade quanto ao que é mais significativo para a QV, ainda que a sua importância relativa varie consoante os grupos sociais e indivíduos (2004a, p. 44) ou ainda os contextos e circunstâncias de vida (*idem*; Brown, Flynn, 2004)⁶². Uma revisão de literatura sistemática efectuada por Brown e Flynn (*ob. cit.*), permitiu inventariar várias componentes que tendem a ser muito consistentemente nomeadas pelas pessoas idosas. Destacam-se em especial: relações familiares; outras relações/contactos; bem-estar emocional; religião/espiritualidade; independência, mobilidade e autonomia; actividades sociais/de lazer e comunidade; finanças/condições de vida; saúde pessoal; saúde de outros. Alguns instrumentos de avaliação da QV em idosos assentam nesta perspectiva de prévia identificação de domínios comumente valorizados pelos interessados. Ilustrações disso (a retomar adiante) são o WHOQOL-OLD – cuja construção partiu de uma metodologia de consulta aberta/*focus groups* com idosos (Power *et al.*, 2005) –, ou o QOLPSV, o qual, adicionalmente, inclui no próprio questionário uma avaliação da importância que cada item assume para o respondente (Raphael *et al.*, 1997).

Mas mais do que simplesmente respeitar a perspectiva individual do que faz uma “vida boa” parece fundamental, numa abordagem de PromS, incorporar na definição de QV a componente de capacitar as

⁶² Por exemplo, vários estudos sugerem a maior saliência das questões do controle para os idosos institucionalizados (Bowling, 2004a), enquanto a saúde, a independência e as actividades possivelmente adquirem especial relevo para os doentes (Brown, Flynn, 2004).

peças para escolher e prosseguir esses seus objectivos e estilos de vida próprios. Retomando as conclusões do relatório da Eurofound, “*quality of life is improved when the scope people have in striving to achieve their own purposes – rather than externally prescribed ones – is enhanced*” implicando que “*a central element in improving quality of life is now seen to be enabling people, as far as possible, to attain their own goals (...)*” (Fahey *et al.*, 2003a, p. 63 e p. 25).

No contexto da promoção da saúde o interesse pela QV é recente mas crescente – sendo os idosos um dos grupos face aos quais merecerá especial atenção. Parcialmente sobreponíveis e complementares, as fronteiras entre a saúde e a QV são, como se viu, matéria de debate, e tanto se encara a QV como preditor do estado de saúde, como pode este ser visto como determinante da QV, tornando-se esta última um dos outcomes preferidos em PromS (v.g., Raphael, 2001; Nutbeam, 1998). O já referido modelo PRECEDE/PROCEDE (cf. Cap. 1) ilustra essa relevância da QV, incluindo-a como objecto de diagnóstico social/avaliação de resultados (Green, Kreuter, 1991). Assinale-se porém que as mais clássicas ligações entre os domínios da saúde e QV, concretizadas nomeadamente em instrumentos de avaliação da “qualidade de vida relacionada com a saúde”/HRQoL, tendem a ter limitado interesse numa perspectiva de PromS, na medida em que frequentemente traduzem uma abordagem que enfatiza as consequências negativas da (falta) de saúde e a (in)capacidade (v.g., Bowling, 2004a; Power, 2003, a propósito do EuroQOL).

Na área dos idosos, destaca-se o exemplo da proposta da OMS de “Envelhecimento Activo” que elege também, como se viu, a melhoria da QV como objectivo último (2002a). A definição aí adoptada (p. 13) – tal como, aliás no Glossário de Promoção da Saúde (Nutbeam, 1998) –, é a desenvolvida pelo grupo de trabalho da WHOQOL: “*an individual’s perception of his or her position in life in the context of the culture and value system where they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way a person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features in the environment*”. Esta perspectiva, com um marcado pendor individual e subjectivo, favorece um modelo multidimensional - em detrimento de escalas de avaliação de QV únicas, unidimensionais (que não só terão menor fiabilidade, como são menos informativas em termos de intervenção) -, tendo sido identificados, nas medidas WHOQOL, 6 domínios centrais⁶³: Psicológico, Saúde Física, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/ Religião/ Crenças Pessoais (Skevington *et al.*, 2004). Recorrendo à mesma metodologia de desenvolvimento e validação transcultural dos instrumentos de avaliação de QV, o grupo WHOQOL desenvolveu um módulo específico para população idosa – o WHOQOL-OLD – que complementa os genéricos, acrescentando-lhes as seguintes facetas: capacidades sensoriais; autonomia; participação social; actividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer; intimidade (Power *et al.*, 2005).

Como um outro exemplo de operacionalização/instrumento de medida de QV específico para idosos, refira-se o QOLPSV desenvolvido pelo Centre for Health Promotion da Universidade de Toronto, que define QV como “*the degree to which a person enjoys the important possibilities of his/her life*” (Raphael *et al.*, 1997; Raphael, 2001). Aqui os subdomínios considerados são 9, agrupados em 3 grandes domínios: “*Ser/Being*” - reflecte quem se é (a nível: Físico; Psicológico; Espiritual); “*Pertencer/ Belonging*” - refere-se ao ajustamento entre a pessoa e o meio ambiente (podendo ser: Físico; Social; Comunitário); “*Tornar-se/Becoming*” - remete para as actividades quotidianas, aspirações, etc. (distinguem-se os subdomínios: Prático; Lazer; Crescimento).

Uma caracterização sintética da QV dos idosos, nomeadamente no contexto europeu, é essencialmente impraticável no presente contexto dada a diversidade de perspectivas possíveis (e a complexidade e abrangência inerente a boa parte delas). Em qualquer caso, os principais domínios, recursos e constrangimentos

⁶³ Na versão abreviada deste instrumento (o WHOQOL-Bref) estes domínios reagrupam-se em apenas 4, passando a Espiritualidade a integrar o domínio Psicológico e a Independência o da Saúde Física (Skevington *et al.*, 2004).

relevantes para a qualidade de vida, bem como a apreciação subjectiva individual, serão no essencial captados pelo conjunto das temáticas abordadas a título de *outcomes* de saúde e seus determinantes. Quanto aos determinantes da QV as mesmas dificuldades se colocam. Ainda assim refiram-se aqueles que Bowling, na sua revisão de literatura, aponta como os aspectos cujas associações empíricas com o bem-estar e qualidade de vida dos idosos são mais frequentemente relatadas: saúde e capacidade funcional, sentimento de adequação ou utilidade pessoal, participação social, relações de amizade e suporte social existente, nível de rendimento e outros indicadores de ESE (2004a, p. 8).

Uma palavra final para outro tipo de Finalidades últimas/Resultados globais a considerar no caso específico da população mais velha. Como houve oportunidade de discutir, inúmeros trabalhos conceptuais e estudos empíricos na área do envelhecimento definem *outcomes* que traduzem, em geral, uma visão multidimensional e positiva da saúde, indo além da ausência de doença e incapacidade. Os termos adoptados são, como se viu, diversos - **envelhecimento “bem sucedido”, “saudável”, “activo”, etc.** –, sem que exista uma uniformização dos conceitos subjacentes a esta terminologia, e, menos ainda, uma operacionalização consensual dos mesmos. Isso mesmo concluem Depp e Jeste na revisão empreendida de estudos quantitativos com idosos que operacionalizam “envelhecimento bem sucedido” e conceitos afins⁶⁴ como variável dependente (2006). Os 28 artigos analisados recorrem em geral a definições compósitas, apresentando diversidade nos componentes de envelhecimento bem sucedido que incluem e na forma como estes são medidos (desde apreciações reportadas pelo próprio, a avaliações de desempenho e outros indicadores objectivos). O componente mais utilizado, presente na quase totalidade dos estudos, é a incapacidade/*disability* e/ou funcionalidade física (geralmente traduzida em AVDs), seguido da funcionalidade cognitiva, incluída em pouco menos de metade dos trabalhos. Outros domínios encontrados nestas definições, ainda que com menor frequência, respeitam a: satisfação com a vida/bem-estar; funcionamento social/ produtivo; doença; longevidade; auto-avaliação de saúde; auto-avaliação de envelhecimento bem sucedido; factores de personalidade e ambientais/financeiros.

Em média, cerca de um terço dos idosos foi classificado como tendo um envelhecimento bem sucedido mas tal proporção varia grandemente de estudo para estudo – de 0,4% a 95%! –, dependendo de aspectos metodológicos, incluindo a composição etária da amostra, mas também do tipo de definição adoptada. Relativamente a esta, note-se por exemplo que nas pesquisas que incluíam a incapacidade/função física na definição, a proporção média de casos de “sucesso” era 27,2%, enquanto que nos (4) que não incluíam tal critério, este valor subia para 63,8%.

Depp e Jeste (*ob. cit.*) procuraram igualmente identificar factores preditores dos vários aspectos de “envelhecimento bem sucedido”. Apesar das diferenças nos métodos e características dos estudos, detectaram algumas tendências: a idade é o mais consistente preditor nestes estudos, beneficiando os “idosos-jovens”, surgindo também como importantes diversas variáveis relacionadas com a saúde (audição, diabetes, artrite, deficiência/ incapacidade e não ser actualmente fumador). Outras relações que os autores consideram moderadamente fortes são com o funcionamento cognitivo global, e com a auto-avaliação da saúde – que se confirma assim como preditor válido.

Essa revisão de literatura de Depp e Jeste e a efectuada por Bowling e Dieppe (2005) convergem no sentido de assinalar que as definições predominantes são essencialmente biomédicas, sendo importante combinar estas com abordagens psico-sociais, evoluindo para visões mais interdisciplinares, que incorporem igualmente, entre outros, elementos das teorias de desenvolvimento, variáveis psicológicas e sociológicas – bem como a perspectiva dos próprios idosos. Bowling conduziu de resto um inquérito sobre o entendimento leigo deste conceito, confirmando a sua abrangência, clara multidimensionalidade e importante subjectividade (Bowling, 2006).

⁶⁴ Na pesquisa de artigos efectuada os autores incluíram, para além de “*successful ageing*” também os termos “*healthy -*”, “*productive -*”, “*optimal -*” e “*- well*”.

Em **síntese**, na sua generalidade, os conceitos analisados enquanto “candidatos” potenciais a resultados/finalidades mais amplas de PromS65+ apresentam falhas de clarificação e fundamentação teórica e dificuldades de operacionalização – em parte reflexo da sua própria complexidade.

Sob a designação comum de Bem-Estar coabitam acepções bastante diversas, muitas vezes insuficientemente definidas. A linha de investigação que tem sido designada como de BE eudaimónico ou funcionamento positivo (podendo incluir BE psicológico e social), com mais sólida base conceptual, parece promissora enquanto possível extensão das tradicionais operacionalizações de saúde, centradas na doença e na dimensão física, ao oferecer um modo de avaliar o “florescimento” humano⁶⁵, com indicadores que contemplam recursos/“forças” nas dimensões mental e social (v.g., Ryff, Singer, 2003). De marcado pendor psicológico e envolvendo o uso de instrumentos de avaliação específicos não é porém evidente a sua aplicabilidade generalizada.

Em contrapartida, o BES ou Hedónico (traduzindo apreciações de cariz cognitivo e/ou afectivo, com frequência operacionalizadas em escalas de satisfação com a vida e felicidade), apresenta-se como um possível indicador genérico de maior alcance, ultrapassando a esfera da saúde, e muito divulgado, inclusive como avaliação subjectiva global de QV - embora com as desvantagens de uma significativa fragilidade teórica e de não oferecer pistas específicas quanto aos factores que condicionam o sentido positivo ou negativo das apreciações.

Na linha de uma avaliação do impacte/contributo mais amplo da (promoção da) saúde para a vida dos indivíduos, o conceito de QV trará algumas “vantagens” adicionais relativamente ao BE(S). Desde logo a multidimensionalidade, i.e., a discriminação de uma série de domínios de vida (abordados tanto pela positiva, como pela negativa, com indicadores objectivos e subjectivos e situando-se ao nível individual e na esfera colectiva, seja no plano local, nacional ou global) – ao mesmo tempo que salienta a necessidade de ter em conta o que os próprios interessados definem como domínios e aspirações relevantes. Como se viu, algumas conceptualizações (v.g., Fahey *et al.*, 2003a) enfatizam ainda as próprias condições criadas para que os indivíduos possam decidir e procurar alcançar esses propósitos pessoais - noção que, para além de do ponto de vista individual parecer ter ressonância com algumas dimensões de BEP de Ryff (Objectivos de Vida, Autonomia), se coaduna com o princípio de *empowerment* tão central em PromS. Em contrapartida, a própria amplitude, complexidade e intrínseca subjectividade do conceito de QV implica inúmeras e difíceis opções, quer em termos de suporte teórico/modelo conceptual a adoptar, quer ao nível mais concreto da sua operacionalização. Em qualquer caso, parece ser de admitir como improvável a existência de uma única medida igualmente relevante para todos os idosos (Bowling, 2004a, p. 10), independentemente dos países, culturas, grupos sociais, idade, género, circunstâncias de vida – e outras características idiossincráticas⁶⁶. Mesmo os domínios mais “universalmente” valorizados – e.g., saúde, funcionalidade e independência/autonomia, condições materiais e financeiras, relações interpessoais, actividades, espiritualidade, etc. - terão prioridade, significado e peso na avaliação global de QV sem dúvida diferenciado consoante as pessoas e contextos.

Outros conceitos brevemente abordados, como o de envelhecimento bem sucedido, activo, saudável, etc., parecem associados a operacionalizações muito diversas mas que genericamente ficarão ainda bastante aquém da promessa conceptual que oferecem (cf. secção A). Em qualquer caso há entre eles e a QV uma significativa sobreposição e interrelação (Bowling, 2004a; 2006).

Assim, e apesar das dificuldades de ordem prática e conceptual de que ainda enfermam, BE global e QV apresentam-se então como metas últimas de PromS de inegável interesse, também (ou talvez até particularmente) para a população adulta mais idosa – nomeadamente atendendo à sua conotação positiva, aceitação interdisciplinar e perspectivação da saúde como um recurso (Lindström, 1992 citado em Raphael, 2001).

⁶⁵ Ver modelo de saúde mental completa de Keyes, em B.1.1.2/Condições de Saúde Específicas.

⁶⁶ Pelo menos no que toca aos domínios específicos, substantivos, a considerar – já que, por um lado, medidas globais de apreciação (BES) e, por outro, operacionalizações da própria possibilidade/capacidade de escolha dos cidadãos quanto aos propósitos pessoais a alcançar poderão ser componentes mais universais de QV.

B.1.2. Desigualdades Sociais em Saúde - uma questão transversal Do princípio da equidade à acção sobre as desigualdades

“Population health policies should have the dual purpose of promoting health gains in the population as a whole and reducing health inequities” (Whitehead, Dahlgren, 2006, p. 16)

A **equidade** em saúde é um valor central no referencial PromS adoptado, sendo um fundamento ético destacado na Declaração de Alma-Ata de 1978 e nas políticas de *Health for All* da OMS, que encontra apoio na Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros tratados internacionais (ver Cap. 1). A responsabilidade primeira pela sua defesa e redução das iniquidades em saúde cabe aos governos nacionais, como acentua a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS - CSDH, embora requeira o envolvimento de uma pluralidade de actores (CSDH, 2008; Solar, Irwin, 2007). Cumprir esse desígnio exige políticas especificamente orientadas para a redução das iniquidades em saúde – que deve constituir então um dos objectivos globais a visar em PromS, bem como foco de atenção subjacente a todas as intervenções, antes, durante e após a sua implementação, através de estratégias de “*equity proofing*”⁶⁷ (Bonney et al., 2007).

Merecendo nos últimos anos uma atenção acrescida, na arena política e académica – a que não será estranha a constatação do seu agravamento, nomeadamente em países da Europa Ocidental (v.g., Dahlgren, Whitehead, 2006) –, a temática das iniquidades em saúde é, no entanto, ainda matéria de considerável debate e de dificuldades conceptuais e metodológicas, acentuadas por divergências de valores/ideológicas. Torna-se pois essencial a clarificação de alguns conceitos e posições.

Definições: Encontram-se na literatura inúmeros termos e definições relativas às desigualdades e equidade em saúde (v.g. Braveman, 2006). Neste trabalho usar-se-ão indiferentemente os termos **iniquidades em saúde** ou **desigualdades sociais em saúde**⁶⁸, adoptando-se a definição proposta por H. Graham: “*systematic differences in the health of groups and communities occupying unequal positions in society*” (2004, p. 101). Tal definição supõe desde logo uma distinção essencial face ao que serão simplesmente *diferenças* ou *variações* na saúde, que inevitavelmente se observam entre os indivíduos de uma população. Whitehead e Dahlgren (2006) centram essa distinção em torno de 3 características que, conjugadas, transformam tais diferenças em iniquidades de saúde: serem sistemáticas (i.e., não aleatoriamente distribuídas na população mas seguindo antes um padrão – como é o caso das diferenças que se constata entre os vários grupos socioeconómicos); serem socialmente produzidas e, portanto, modificáveis (e não fixas ou inevitáveis, como ocorreria por exemplo com diferenças de origem biológica); e serem consideradas injustas⁶⁹. Ainda que, como afirmam esses autores existam áreas de consenso amplo, nomeadamente no quadro europeu, sobre o que é “injusto”, este último critério não é de ordem científica ou racional, e sim de ordem ética, como sublinham Kelly et al. no relatório da rede MEKN-CSDH-OMS, pelo que implica uma incontornável divergência face a outro tipo de posições de valores – que não poderá ser resolvida com recurso a argumentos/ evidência científica:

“it is a value position which asserts the rights to good health of the population at large. It stands in contrast particularly to the value position that argues that differences in health are a consequence (albeit an unfortunate consequence) of the beneficial effects of the maximization of individual utility in a relatively

⁶⁷ A MEKN/Measurement and Evidence Knowledge Network, uma das redes ligadas à CSDH-OMS, salienta: “any policy or programme development process needs to include the opportunity to identify, assess and address its potential health equity impacts (positive and negative, intended and unintended), so as to maximize the potential health equity outcomes and minimize any potential harm.(...) The equity proofing approach should be applied not only to policies and programmes with an explicit equity objective but also to policies or major programmes without a stated equity focus” (Bonney et al., 2007, p. 36); entre os diversos instrumentos elencados para a sua concretização, inclui-se, por exemplo, a adopção de um filtro ou óptica de equidade e o recurso a *Health Impact Assessments* centrados na equidade.

⁶⁸ Ou, abreviadamente, desigualdades em saúde, mas remetendo implicitamente para este mesmo sentido.

⁶⁹ A definição de equidade adoptada pela CSDH-OMS inclui explícita referência a estes critérios: “the absence of unfair and avoidable or remediable differences in health among population groups defined socially, economically, demographically or geographically” (Solar, Irwin, 2007, p. 7), afirmando-se, no relatório final, que “where systematic differences in health are judged to be avoidable by reasonable action they are, quite simply, unfair” (CSDH, 2008).

unfettered market. It is important to note that individual and collective utilities may be at odds with the rights to health (Macintyre, 1984). Therefore there is and will be political opposition to the core value of health equity” (2007, p.15-16).

Uma outra distinção importante, aprofundada por H. Graham e M. Kelly e adoptada pela MEKN-CSDH, remete para três tipos de abordagens na descrição e na actuação face às desigualdades:

- a desvantagem em saúde/health disadvantage limita-se a focar as diferenças, reconhecendo que estas existem entre segmentos da população ou entre sociedades; agir para minorar as dificuldades não implica neste caso avaliação da evolução comparativa face ao resto da população;
- o fosso ou diferencial de saúde/health gap centra-se nas diferenças entre os mais desfavorecidos e todos os restantes (frequentemente assumindo que a saúde destes últimos é uniformemente boa);
- o gradiente de saúde/health gradient aborda as diferenças de saúde em todos os grupos da população, reconhecendo um padrão de gradação sistemática nas desigualdades (Kelly *et al.* 2007, p. 17).

Todas elas têm méritos e desvantagens (Graham, Kelly, 2004), havendo interesse em usá-las de modo complementar (Whitehead, Dahlgren, 2006); assume-se no entanto aqui, que tal deverá ocorrer no quadro de uma abordagem holística da equidade, que reconheça o gradiente social na saúde como ponto de partida para a análise da estrutura das iniquidades de saúde que afectam o conjunto da sociedade – em conformidade com a premissa de que todos poderão atingir o nível de saúde gozado pelos mais favorecidos que o direito à saúde pressupõe (Bonney *et al.*, 2007).

Situação: Embora já descritas pelo menos desde o séc. XIX, um mais significativo corpo de evidência sobre as desigualdades em saúde foi sendo reunido sobretudo a partir da publicação, no Reino Unido, do “Black Report” em 1980. Desde então foi amplamente documentada a existência generalizada de substanciais desigualdades sociais em saúde, expressas em geral num gradiente social de morbilidade e mortalidade, e manifestando-se, embora com variações de magnitude e padrão, em todos os países analisados - nomeadamente no quadro da UE, onde são já reconhecidas como um importante desafio para a saúde pública (v.g. relatório de Mackenbach, 2006 e Projectos europeus “Eurothine” – Mackenbach *et al.*, 2007 e “Closing the Gap” - Costongs *et al.*, 2007). Como conclui Mackenbach “*people with a lower level of education, a lower occupational class, or a lower level of income tend to die at a younger age, and to have, within their shorter lives, a higher prevalence of all kinds of health problems*” traduzindo-se, por exemplo, em diferenças de esperança de saúde/health expectancy à nascença que tipicamente atingem os 10 ou mais anos entre os grupos com melhor e pior estatuto socioeconómico de um mesmo país (2006, p. 4). A relevância do problema é acentuada por sinais do seu agravamento, nas décadas mais recentes, em muitos países europeus⁷⁰ (v.g., Kunst *et al.*, 2001; Mackenbach, 2006; Whitehead, Dahlgren, 2006). Embora haja menos investigação com a população idosa, a evidência permite já atestar que as iniquidades em saúde existem em todas as idades, com persistência nas idades avançadas de um gradiente social em múltiplos aspectos da saúde (v.g., Mackenbach, 2006; Healthy Ageing, 2007; Bowling, 2004b; IUHPE, 1999b; Howse, 2005). Assim, por exemplo, os idosos com pior posição social⁷¹ tendem a apresentar maior taxa de mortalidade, total e para a maioria das causas específicas de morte (v.g. Huisman *et al.*, 2004, 2005; Næss *et al.*, 2006); maior prevalência da maioria das principais doenças crónicas (v.g., Avendano *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2005; Demakakos *et al.*, 2008), incluindo a depressão e/ou saúde mental (v.g. Koster *et al.*, 2006; Rueda *et al.*, 2008); maior incapacidade, avaliada por diversos indicadores (v.g., Avendano *et al.*, 2005; Huisman *et al.*, 2003; Minkler *et al.*, 2006); piores resultados de saúde subjectiva global (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Demakakos *et al.*, 2008; Grundy, Holt, 2001; Huisman *et*

⁷⁰ Por exemplo, no citado Relatório encomendado pela presidência da UE, Mackenbach assinala aumentos nas desigualdades na mortalidade na maioria dos países europeus, embora para a morbilidade não detecte tendências tão consistentes (2006).

⁷¹ Tópico aprofundado noutro ponto deste capítulo (B.2.3.1). Os estratificadores sociais mais frequentemente utilizados são, como se verá, a educação, o rendimento e a ocupação, mas há também estudos recorrendo a outros indicadores, quer individuais (ou familiares), como, por exemplo, propriedade de habitação (v.g., Huisman *et al.*, 2004) ou o estatuto social subjectivo (v.g. Demakakos *et al.*, 2008), quer de base territorial (v.g. Breeze *et al.*, 2005).

al., 2003); menor bem-estar psicológico (v.g., Kaplan *et al.*, 2008); menor qualidade de vida (v.g. Blane *et al.*, 2004; Breeze *et al.*, 2005); maior institucionalização (v.g., Martikainen *et al.*, 2008).

Esta literatura revela, por outro lado, a par desta consistência de base, variações nos padrões específicos e magnitude das desigualdades consoante os indicadores de saúde ou de posição social considerados e os países em causa (v.g., Bowling, 2004b; Dalstra *et al.*, 2006; Demakakos *et al.*, 2008; Grundy, Holt, 2001), bem como em função de outras variáveis como o género (v.g. Huisman *et al.*, 2004; Rueda *et al.*, 2008) ou subgrupo etário (v.g. Dalstra *et al.*, 2005; Huisman *et al.*, 2003, 2004, 2005; Minkler *et al.*, 2006). Esta última questão, da tendência de evolução das iniquidades com a idade, é ainda objecto de incerteza e debate. Howse (2005), por exemplo, refere trabalhos que parecem apoiar a “hipótese de divergência” (segundo a qual as desigualdades socioeconómicas tendem a aumentar no decurso da vida, reflectindo efeitos cumulativos), mas sublinha existir simultaneamente importante evidência de um efeito nivelador da idade. Huisman *et al.* (2004), num estudo observando a mortalidade em populações (30 e mais anos) de vários países europeus, encontram tendências distintas na evolução com a idade das desigualdades associadas à educação, consoante estas sejam medidas em termos absolutos ou relativos⁷²: enquanto as desigualdades relativas mostram alguma tendência de decréscimo (mantendo-se, mesmo assim, significativas no grupo de 90 e mais anos), as diferenças absolutas nas taxas de mortalidade vão aumentando com a idade. Este último dado, é valorizado pelos autores quanto às suas implicações para as políticas de saúde pública, já que nestas idades as desigualdades absolutas se traduzem num grande número de mortes evitáveis.

Explicações e Modelos: Se a existência de significativas desigualdades sociais na saúde é hoje relativamente consensual, já os factores, mecanismos e vias/*pathways* específicos subjacentes a estas desigualdades permanecem ainda insuficientemente clarificados e, em alguns aspectos, controversos, constituindo actualmente uma questão central na investigação (Mackenbach, 2006; Kelly *et al.*, 2007).

Duas perspectivas de fundo para explicação das desigualdades socioeconómicas na saúde são habitualmente contrapostas (v.g., Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005; Solar, Irwin, 2007):

- Seleccção Social (ou selecção de saúde ou “causalidade inversa”) – uma das alternativas de explicação avançada no âmbito do clássico “Black Report”, sublinha a influência da saúde na mobilidade social, interpretando assim as desigualdades como sendo o resultado desse efeito da saúde na posição socioeconómica, e não o inverso;
- Causalidade Social/Social Causation – valoriza, pelo contrário o efeito causal da posição social na saúde (provavelmente sobretudo indirecto, agindo através de factores intermédios/determinantes da saúde que se distribuem de modo diferente entre grupos socioeconómicos).

Actualmente, o debate já não tende a pôr-se em termos de posições mutuamente exclusivas, mas de peso relativo dos respectivos efeitos causais – o qual, como sublinham Carr-Hill e Chalmers-Dixon só pode, no essencial, ser determinado através de estudos longitudinais (*ob. cit.*). É precisamente com base neste tipo de pesquisa que Solar e Irwin indicam ser a evidência sugestiva de que a “causalidade social” será a principal explicação para as iniquidades socioeconómicas na saúde (*ob. cit.*).

Nesta perspectiva, podem-se distinguir – embora sem ter de os tomar como mutuamente exclusivos - os seguintes grandes tipos de teorias explicativas das desigualdades de saúde entre grupos sociais (Solar, Irwin, 2007; Kelly *et al.*, 2007; Krieger, 2001a; Raphael, 2006):

- Abordagem psicossocial ou de comparação social: enfatiza o papel, sobretudo nos países desenvolvidos, da percepção/ experiência de desigual posicionamento face à hierarquia social, quer no plano colectivo – com a consequente redução da coesão social (através do aumento da desconfiança e o enfraquecimento

⁷² Outras variações de padrão são ainda assinaladas nesta investigação, designadamente em função do país, do sexo e do indicador de estatuto socioeconómico utilizado.

das estruturas colectivas); quer no plano individual - em que a percepção de um estatuto de desvantagem gera sentimentos negativos e stress crónico que se repercutem, por via neuroendócrina, na saúde.

- Teorias de *produção social da doença/economia política da saúde* ou *materialistas* e *neo-materialistas*: sem negar consequências psicossociais das desigualdades de rendimento, sublinham a necessidade de explicitar as suas causas estruturais, i.e., os processos económicos e políticos que condicionam a distribuição de recursos, afectando quer o investimento nas infra-estruturas sociais/públicas (educação, serviços sociais e de saúde, transportes, habitação, etc.), quer o acesso privado dos indivíduos aos recursos e, conseqüentemente, as suas condições de vida/materiais.

- Abordagem *eco-social* (de N. Krieger) e outros referenciais “*multi-níveis*”: procura orientar uma análise que integre de forma sistemática, multidimensional e dinâmica cada um dos níveis de organização - biológica, ecológica e social -, em cada uma das escalas espaço-temporais relevantes para a explicação dos padrões mutáveis de doença, saúde e bem-estar; destaque-se a noção de “*embodiment, a concept referring to how we literally incorporate, biologically, the material and social world in which we live, from conception to death; a corollary is that no aspect of our biology can be understood absent knowledge of history and individual and societal ways of living*” (Krieger, 2001a, p. 672).

Esta última abordagem introduz a dimensão temporal - questão que não pode ser ignorada, em especial no que concerne aos idosos, como salienta Bowling, defendendo a necessidade de incorporar uma perspectiva de “*curso de vida*” nos modelos explicativos das desigualdades sociais em saúde neste grupo da população (2004b). Uma tal abordagem “*explicitly recognizes the importance of time and timing in understanding causal links between exposures and outcomes within an individual life course, across generations, and in population-level diseases trends*” (Solar, Irwin, 2007, p. 13). Embora haja propostas de modelos e mecanismos distintos – alguns valorizando a noção de *acumulação* gradual de factores risco e recurso ao longo da vida, enquanto outros destacam a existência de períodos específicos/ *críticos* (incluindo o desenvolvimento fetal e a 1ª infância) em que a exposição gera consequências para a vida inteira (v.g., Ben-Shlomo, Kuh, 2002) –, a tendência geral é para reconhecer quer a relevância de determinantes “históricos”, quer (no mínimo) a possibilidade de efeitos de modificação actuais/ contemporâneos.

Este quadro temporal – que pode envolver considerações/repercussões a muito longo prazo – é uma das dificuldades que se coloca à intervenção política face às desigualdades em saúde, como sucede também com o impreciso conhecimento dos mecanismos causais específicos implicados e outras áreas de indefinição que subsistem nestas matérias (Kelly *et al.*, 2007). No entanto, como sublinha o já citado relatório da rede MEKN, tal não deverá ser pretexto para inacção, pois muito se sabe já também – nomeadamente quanto à centralidade (da distribuição desigual) dos determinantes sociais na explicação das iniquidades, estando a “relação geral entre factores sociais e saúde bem estabelecida” (*idem*, p. 10; v.g., Wilkinson, Marmot, 2003).

Clarificar a discussão requer, enfatiza Graham (2004), a distinção entre duas questões que tendem a ser confundidas sob a designação geral de determinantes sociais: por um lado, a da influência dos factores sociais e económicos na saúde – os determinantes sociais da saúde, em sentido estrito – directamente pertinente para a explicação causal da saúde/doença; mas, adicionalmente, também a da distribuição (desigual⁷³) desses determinantes na sociedade e dos processos sociais que a condicionam, que se poderão designar por determinantes das desigualdades em saúde, ou a “causa das causas” das iniquidades em saúde.

⁷³ Graham baseia-se nesta distinção para justificar a necessidade de uma “dupla agenda política” visando também os determinantes das iniquidades já que sem essa atenção explícita, políticas focadas só nos determinantes da saúde podem implicar a melhoria nos seus níveis e ganhos globais de saúde da população, mas sem alterar a persistência das desigualdades sociais na sua distribuição. Nas palavras de Kelly e colegas: “*If generalized health improvement is not linked to questions of social disadvantage, while everybody’s health overall may be improving (although at different rates across the social spectrum) inequities may remain*” (2007, p. 11).

Quanto a estas últimas Marmot oferece um resumo do entendimento da CSDH-OMS sobre a matéria: *“these health inequities are the result of a complex system operating at global, national, and local levels which shapes the way society, at national and local level, organises its affairs and embodies different forms of social position and hierarchy. The place people occupy on the social hierarchy affects their level of exposure to health-damaging factors, their vulnerability to ill health, and the consequences of ill health”* (2007, p. 1156). Com base numa revisão da literatura e diversos modelos e teorias sobre os determinantes da saúde e das iniquidades, dos trabalhos da Comissão resulta um referencial conceptual “para a acção sobre os determinantes sociais da saúde” (CSDH, 2008; Solar, Irwin, 2007). De uma forma sintética, pode-se salientar que o referencial da CSDH reflecte essa distinção proposta por Graham, contemplando dois grandes tipos de elementos:

a) Determinantes sociais das iniquidades de saúde/D. estruturais (“*structural drivers*”): Refere-se ao modo como mecanismos sociais, políticos, económicos etc., estão na origem da estratificação da população de acordo com hierarquias sociais - sendo as posições sociais que os indivíduos aí ocupam que irão, por sua vez, condicionar a experiência dos determinantes intermédios da saúde. Podem-se a este nível distinguir dois aspectos:

- o *contexto socioeconómico e político* definido genericamente como “*all social and political mechanisms that generate, configure and maintain social hierarchies*” (Solar, Irwin, 2007, p. 34); inclui um amplo espectro de factores, fortemente negligenciados na literatura actual (v.g., Raphael, 2006), que não podem ser medidos directamente a nível do indivíduo, e cuja importância específica no gerar de desigualdades pode variar entre países. A Comissão salienta mesmo assim como conjunto mínimo de aspectos comuns a considerar na caracterização do contexto: governança; política macroeconómica (fiscal, monetária, estrutura mercado de trabalho, etc.); políticas sociais (emprego, segurança social, habitação, etc.); outras políticas públicas (educação, cuidados de saúde, etc.); cultura e valores sociais; condições epidemiológicas (Solar, Irwin, *ob. cit.*).

- os *determinantes estruturais* são “*those that generate stratification and social class divisions in the society and that define individual socioeconomic position within hierarchies of power, prestige and access to resources*” (Solar, Irwin, 2007, p. 34). A CSDH salienta que estes são sempre contextuais, i.e., que não se pode analisar o seu impacto nas desigualdades em saúde sem considerar aspectos do contexto histórico e sociopolítico que, por um lado, alimentam o padrão de estratificação social; e, por outro, modificam ou funcionam como “*buffer*” do efeito da posição socioeconómica⁷⁴ na saúde e bem-estar. Os principais estratificadores estruturais, considerados neste modelo, são o rendimento, educação, ocupação, classe social, género e raça/etnicidade. A esta lista, Kelly *et al.* (2007) acrescentam ainda, como eixos chave de diferenciação social a casta, tribos, religião, origens nacionais, idade e residência, com efeitos interactivos e sobrepostos mas também potencialmente independentes, e de saliência variável consoante o contexto/sociedade. A posição dos indivíduos na hierarquia social vai influenciar a(s) desigualdade(s) na saúde por via da exposição e vulnerabilidade diferencial face aos determinantes intermédios da saúde.

b) Determinantes intermédios da saúde: Correspondem aos *determinantes sociais da saúde*, em sentido mais estrito, que, como se viu, estão desigualmente distribuídos em função da posição social dos indivíduos. É sobre os factores deste nível intermédio que se tendem a centrar a maioria dos modelos e abordagens actuais, como salienta, D. Raphael (2006) – algo de semelhante se observando também no que concerne às abordagens relativas à saúde no envelhecimento que contemplam desigualdades e/ou determinantes sociais (v.g. *Active Ageing* – WHO, 2002a; *Healthy Ageing*, 2007).

O modelo da CSDH (CSDH, 2008; Solar, Irwin, 2007) destaca a este nível as seguintes principais categorias de determinantes intermédios⁷⁵:

- a *coesão social*⁷⁶, sendo, em particular, valorizada (Solar, Irwin, 2007) a noção de “capital social de ligação”/*linking social capital*, proposta por Szreter e Woolcock (2004), dadas as suas implicações quanto

⁷⁴ A aprofundar na secção B.2.3.1.

⁷⁵ A generalidade destes factores será abordada na secção B.2., relativa aos determinantes da saúde.

⁷⁶ Assinale-se que no Relatório intermédio da Comissão, a *coesão social* /*capital social* era apontada como um importante determinante transversal, com características que se prendem quer com os determinantes intermédios

às relações entre cidadãos e instituições, e quanto à responsabilidade do Estado nessas relações e na (re)distribuição de poder que envolvem – e remetendo para dimensões estruturais das desigualdades que vão pois além da vertente de relações informais e suporte social mais habitualmente associada ao capital social enquanto determinante da saúde;

- condições *materiais*, que incluem quer recursos, quer riscos de saúde, ligados ao ambiente físico (ex. habitação; bairro; condições de trabalho), ao potencial de consumo (capacidade financeira para aquisição, p. ex., de alimentos saudáveis), etc.;

- condições *psicossociais* ou ambiente social, incluindo stressores psicossociais (como eventos negativos), circunstâncias de vida stressantes (p. ex. endividamento), suporte social, *estilos de coping* etc.;

- factores *comportamentais e biológicos*, incluindo genéticos, que mais uma vez podem ser factores de risco (e.g., tabaco, álcool, obesidade) ou protectores (e.g. exercício) e medeiam, a um nível mais proximal, os efeitos na saúde dos determinantes sociais. É de salientar que o peso das diferenças comportamentais na relação entre posição socioeconómica e saúde é objecto de divergência, havendo alguns autores que pretendem nelas encontrar explicação suficiente das iniquidades em saúde, enquanto outros – incluindo a CSDH⁷⁷ – consideram-nos como um dos tipos de factores contributivos, por sua vez condicionados por causas mais fundamentais.

- *sistema de saúde*, valorizado neste modelo enquanto determinante social da saúde. Embora, como sublinham também Whitehead e Dahlgren (2006), a equidade no acesso aos cuidados de saúde seja só um dos vários determinantes das iniquidades, é sem dúvida importante o seu papel no assegurar equidade no acesso geográfico, económico e cultural aos serviços disponíveis, atendendo ao nível de necessidade que será diferente entre os vários grupos socioeconómicos da população. Indirectamente, salienta ainda o modelo da CSDH o serviço de saúde tem ainda um papel de influência indirecta liderando e coordenando uma acção intersectorial sobre os demais determinantes sociais (Solar, Irwin, 2007). Finalmente é de destacar o seu importante contributo para um outro aspecto contemplado neste modelo: a parte das desigualdades socioeconómicas em saúde que resultarão, num processo de causalidade inversa, das *consequências (diferenciais) dos problemas de saúde na posição socioeconómica* dos indivíduos (e.g., redução do rendimento por reforma por incapacidade ou custos de cuidados de saúde decorrentes de doença).

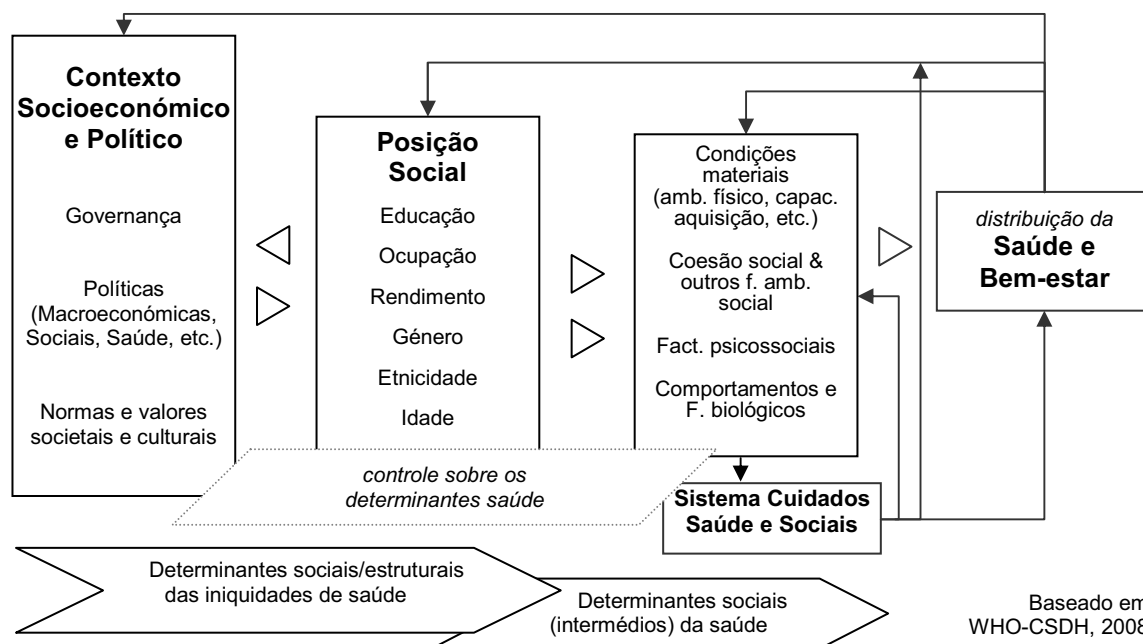
O modelo descrito contempla de resto outras instâncias de retroalimentação entre os elementos considerados, que se inter-relacionam entre si de modo complexo.

O *esquema* da Fig. 01-II dá conta dos principais elementos nesta conceptualização das desigualdades sociais em saúde. Adaptado do proposto pela CSDH, saliente-se a adição da idade, como factor de potencial diferenciação social de especial relevância para o presente trabalho (ver tópico B.2.3.1 deste capítulo) e do elemento “controle sobre os determinantes da saúde”, que, compatível com o papel que a CSDH atribui ao *empowerment* (político em particular – CSDH, 2008), merecerá destaque acrescido numa perspectiva de promoção da saúde (cap.1 e tópico B.2.4 deste capítulo).

quer com os estruturais (Solar, Irwin, 2007), sendo no esquema conceptual final, incluído como se vê na Figura 01-II, junto com os determinantes intermédios (CSDH, 2008).

⁷⁷ Apoiando-se em estudos em que se verifica que as diferenças de estilo de vida explicam só parte das desigualdades sociais de saúde encontradas, a Comissão lembra ainda que a adopção de comportamentos de risco é, ela própria uma consequência da privação material e do stress.

Figura 1-II: Desigualdades Sociais em Saúde - Esquema geral



Particularmente relevante porém de reter no presente contexto são as implicações gerais que este modelo indicia para o estabelecer de **objectivos** de promoção da saúde em sintonia com o princípio de equidade. Por um lado, evidencia como se viu, que não bastará definir metas visando a melhoria global da saúde e, portanto, dos determinantes (sociais) da saúde (aprofundados como parte da secção B.2, com atenção à especificidade da população idosa). Importa sim, em paralelo, visar e avaliar explicitamente, a **redução das diferenças** entre grupos no que concerne à distribuição desses resultados de saúde – e, consequentemente, vigiar e corrigir a desigual distribuição dos múltiplos determinantes subjacentes – sem o que ganhos globais correriam o risco de ocultar eventuais iniquidades crescentes. Clarifica ainda alternativas em termos de tais objectivos de redução de desigualdades, podendo estes centrar-se quer no diferencial entre os mais desfavorecidos e a maioria, quer na aproximação do conjunto da população do nível do grupo socioeconômico mais elevado – conforme se adopte respectivamente as perspectivas de “*fosso de saúde*” ou de “*gradiente de saúde*” (ver “Definições”⁷⁸). Esta última abordagem é a que, como se referiu, se favorece no presente trabalho, nomeadamente nas implicações que tem em termos da necessidade de contemplar as condições contextuais/estruturais de fundo condicionantes das desigualdades que afectam a totalidade da sociedade e, portanto, de formular ainda acções face aos próprios determinantes sociais das iniquidades em saúde. Tal não põe, porém, em causa o imperativo de atenção especial aos grupos mais desfavorecidos, em acordo com uma visão dessas diferentes perspectivas como complementares e até interdependentes (v.g., Whitehead, Dahlgren, 2006).

⁷⁸ Na lógica de correspondência com as três diferentes perspectivas atrás descritas, uma terceira abordagem possível é a que Whitehead e Dahlgren (2006) designam como “*targeted*”/focada, a qual, porém, centrando-se unicamente nos pobres, não visa propriamente a questão das desigualdades entre grupos e tão só a do desfavorecimento/desvantagem e sua relação com a saúde (Graham, Kelly, 2004).

B.2. Resultados Intermédios / Determinantes da Saúde

B.2.1. Características e Respostas Individuais

B.2.1.1. PATRIMÓNIO GENÉTICO E FACTORES BIOLÓGICOS

Os **genes** influenciam o processo de envelhecimento biológico e têm também papel de relevo em várias doenças - embora para muitas delas os factores externos sejam mais importantes e, na sua globalidade, a trajectória de saúde de um indivíduo seja crescentemente reconhecida como o resultado da conjugação dos diversos tipos de influências (tanto internas como ambientais)⁷⁹ (WHO, 2002a). De facto, as perspectivas tradicionais de puro determinismo biológico associadas ao envelhecimento e à doença têm vindo a ser substituídas por (um apelo a) uma abordagem integrada, biopsicossocial da saúde e do desenvolvimento humano (Halfon, Hochstein, 2002; Singer, Ryff, 2001; Von Dras, Blumenthal, 2002). Assim, a importância dos genes advém essencialmente da sua interrelação com outros componentes (v.g., Bortz, 2005) – pelo que, paradoxalmente, é o próprio desenvolvimento da investigação genética que tem vindo realçar a importância do meio ambiente (Ryff, Singer, 2005). E, como estes últimos autores salientam, desta nova era de pesquisa científica, focando as interações genes-ambiente, nomeadamente na área do envelhecimento, poder-se-á ainda esperar que venham a ser ultrapassadas as tendências anteriores de ênfase quase exclusivo na vulnerabilidade e influência negativa – estudando, por exemplo, os factores envolvidos na resiliência ou como o ambiente social positivo pode afectar a expressão genética, prevenindo a manifestação de doenças em situações de risco genético.

Assim, e embora esta seja uma área tradicionalmente pouco relevante para a PromS por envolver determinantes (ainda) não modificáveis, o desenvolvimento da genética e do conhecimento da sua interface com os demais factores causais poderá abrir novas perspectivas de intervenção, em termos quer de prevenção quer de efectiva promoção da saúde.

Os factores biológicos ocupam habitualmente lugar importante na caracterização do estado de saúde e seus determinantes – nomeadamente numa perspectiva de identificação do risco. Pressão arterial, colesterol ou IMC (Índice de Massa Corporal), são exemplos de alguns dos **factores de risco biológico** mais frequentemente referenciados, inclusive para a população idosa⁸⁰. O projecto HALE - *Healthy Ageing: Longitudinal study in Europe* ilustra a investigação da situação e do papel deste tipo de determinantes no envelhecimento “habitual e saudável” em 13 países europeus (incluindo Portugal) (Bogers *et al.*, 2005). Dele resultam as recomendações de que nas idades avançadas (como na idade adulta em geral) se mantenham valores baixos de pressão arterial sistólica (< 140 mmHg) e de colesterol sérico (< 5 mmol/L), bem como de que se conserve o peso corporal. Fundamentam-se nas conclusões do projecto, que incluem, entre outras, a constatação de que, nos idosos, a redução de peso aumenta o risco de mortalidade (observou-se mais do dobro do risco, em homens que tinham uma perda de 5 ou mais quilos nos primeiros quatro anos de *follow-up*) e de que da meia-idade à velhice, quer o nível, quer a variação do colesterol sérico e da pressão arterial sistólica são preditores da mortalidade cardiovascular a longo prazo. A investigação detectou ainda diferentes tendências de evolução destes marcadores nas últimas décadas, variando entre países/ regiões da Europa (e.g. aumento na Europa do sul do colesterol associado ao envelhecimento) embora alguns aspectos sejam “universais”, como o aumento de IMC em gerações sucessivas e o aumento da tensão arterial com a idade. Na população em geral, estudos internacionais

⁷⁹ Bortz refere, por exemplo, que estudos com gémeos revelam que a hereditariedade explicará só 15 a 20% das diferenças na longevidade (2005). Também Rowe e Kahn salientam que a visão tradicional de que o risco crescente, com a idade, de doença e incapacidade se deveria a processos de envelhecimento, maioritariamente determinados geneticamente, não é apoiada pelos dados; estes sugerem que tais factores intrínsecos, embora importantes, não serão os predominantes, parecendo, inclusive, que diminuirá com a idade o peso relativa da contribuição dos factores genéticos (1997).

⁸⁰ Embora muitos dos factores/marcadores relevantes nesta faixa etária possam ser comuns à população adulta em geral, importa porém ter presente que a sua importância pode variar ao longo da vida – por exemplo, alguns estudos sugerem menor importância do colesterol elevado como factor genérico de risco depois dos 70 anos (Vaillant, Mukamal, 2001); por outro lado, outros há que só tornam em geral pertinentes nas idades avançadas, como será o caso da osteoporose.

têm verificado a existência de desigualdades socioeconómicas (gradiente inverso) em indicadores como a pressão arterial média e prevalência de hipertensão, com diferenças mais acentuadas e consistentes para as mulheres (v.g., Dalstra *et al.*, 2005); no estudo europeu SHARE com pessoas de 50+ anos só se encontraram iniquidades significativas, associadas quer à educação, quer ao rendimento, para as mulheres (Avendano *et al.*, 2005).

Numa perspectiva de PromS como a que é defendida no presente trabalho, este tipo de determinantes tem sobretudo interesse no quadro dos mecanismos ou *pathways* subjacentes ao desenvolvimento da saúde, cujo conhecimento pode ser sugestivo para uma intervenção dirigida sobretudo a factores mais distais.

É partindo de uma perspectiva da biologia como o nível mais proximal em que encontram tradução factores causais mais distais, nomeadamente ambientais, que Bortz (2005) desenvolve uma conceptualização dos determinantes biológicos da saúde em torno de 4 elementos: genes, envelhecimento, *agency*/agência externa e agência interna. Esta última será, na opinião do autor, o determinante mais importante no declínio da saúde nos idosos, em especial com referência às doenças crónicas – com a vantagem (por contraste com os factores envelhecimento e genes) de ser passível de modificação. Nesta concepção, a agência interna remete para a permanente remodelação do corpo em resposta à interacção com o meio ambiente, de acordo com um processo homeodinâmico⁸¹. É, em particular, interessante a noção de resultados *maladaptativos*, de importância crescente com a idade, em função de uma estimulação energética prolongadamente inadequada, que constituiria uma ameaça básica para a saúde. Esta poderá ser de dois tipos: se é deficitária, como no sedentarismo, Bortz designa-a por “desuso” (com consequências bem conhecidas, por exemplo, ao nível da perda de força muscular ou capacidade respiratória, mas podendo-se estender, segundo o autor, a qualquer órgão, tecido ou funções); quando excessiva pode-se designar por stress.

É a esse último propósito útil evocar o conceito de “Carga alostática” (*allostatic load*), que se apresenta como um marcador biológico de risco acumulado, pretendendo medir o que corresponderá ao “preço pago” a nível fisiológico, pelo esforço continuado do organismo em adaptar-se a condições psicossociais e físicas/externas adversas (v.g., Ryff, Singer, 2005)⁸². Este indicador poderá ter particular interesse com relação à saúde dos idosos. Por exemplo, a sua operacionalização numa medida compósita, revelou, a partir dos dados do estudo MacArthur de Envelhecimento Bem Sucedido, ser um preditor significativo, a 7 anos, de risco acrescido de declínio funcional físico e cognitivo, mortalidade e, em menor grau, de doença cardiovascular (Seeman *et al.*, 2001). O interesse do recurso a este tipo de biomarcadores tem também sido salientado no âmbito da Saúde Positiva e das suas possibilidades em termos de estabelecer uma ligação da biologia com factores sociais e comportamentais (Singer, Ryff, 2001); assim por exemplo, Ryff e Singer (2005) referem diversos estudos em que a capacidade protectora de relações sociais de boa qualidade, ao longo da vida, é analisada através da carga alostática. Trata-se pois de um tipo de abordagem⁸³ que parece apresentar várias virtualidades numa perspectiva de (investigação em) PromS, já

⁸¹ Bortz refere-se ao conceito de “*homeodynamics*”, de Yates (Yates, 1994 – citado em Bortz, 2005), como sendo mais adequado que o de “homeostase”, por descrever os processos internos de estabilização sem implicar, como este último, uma noção de equilíbrio estático.

⁸² Este conceito associa-se ao de “alostasia”/*allostasis* que, segundo Seeman *et al.* (2001), foi introduzido em 1988 por Sterling e Eyer para enfatizar a noção de que, para sobreviver, “*an organism must vary parameters of its internal milieu and match them appropriately to environmental demands*” (Sterling, Eyer, 1988 - citados por Seeman *et al.*, 2001, p. 4770). Quando há uma sobreexposição, resultante de valores cronicamente fora dos normais, ou ineficácia da resposta fisiológica, acumula-se a carga alostática, traduzindo um desgaste dos vários sistemas reguladores neuroendócrinos, de acordo com a hipótese de McEwen e colegas (v.g., Ryff, Singer, 2005).

⁸³ Assinale-se porém que, embora este modelo de Carga Alostática seja dos mais divulgados, outros propostas existem, versando igualmente os efeitos de factores psicossociais (e particularmente do stress) na saúde – por exemplo, o Modelo de Integração Neurovisceral (Thayer, Friedman, 2004), que propõe o Sistema Nervoso Autónomo como a pathway comum final ligando o funcionamento psicológico e fisiológico; estes autores consideram que o desequilíbrio autonómico será mais relevante para as disparidades de saúde dos idosos do que alguns marcadores de risco incluídos no índice de carga alostática, que perderão valor preditivo nas idades avançadas. Por sua vez, e com vista ao estudo da neurobiologia do “florescimento”, Ryff e Singer (v.g., 2003) sugerem ainda outras vias: assimetria de activação cerebral (que remete para o substrato neurológico da emoção) e a competência imunitária (assente nas ligações desta com os factores psicossociais).

que embora situando-se ao nível do indivíduo e da fisiologia, claramente remete para processos relativos à interacção indivíduo-meio, envolvendo factores causais de vária natureza (psicológicos, ambientais, etc.) e incorporando ainda uma perspectiva temporal/cumulativa.

No entanto, tal como a generalidade dos factores biológicos (e genéticos) terá sobretudo um interesse indirecto para a PromS 65+, enquadrado na compreensão dos mecanismos que, numa cadeia causal complexa, ligam os determinantes mais distais à saúde do indivíduo e/ou como *proxys* que ajudam a identificar alvos prioritários de intervenção.

Finalmente e ainda quanto ao “lugar” da vertente biofisiológica em PromS65+, é de lembrar que aspectos como **capacidade funcional**, **doenças crónicas** e outras condições de saúde física tenderão a ser tomadas como determinantes /resultados intermédios relevantes para a promoção de resultados de saúde/ bem-estar/ qualidade de vida mais amplos (ao invés de serem simplesmente, como é tradicional em saúde, finalidades em si mesmos).

B.2.1.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

No âmbito da promoção da saúde, os factores psicológicos merecem atenção quer enquanto componentes de saúde mental, quer pelas suas potenciais implicações para outras dimensões da saúde e bem estar. Como afirma o National Research Council dos EUA, procurando identificar precursores precoces e de longo prazo da doença: *“Three decades of psychosocial research have identified psychological states that are [...] implicated in predisease pathways. Such states interact with physiological predispositions, environmental stressors, and individual behavior to influence vulnerability to a broad array of illnesses, the trajectories of those illnesses, and their potential amelioration”* (Singer, Ryff, 2001, p. 32). No entanto, este tipo de factores tem sido explorado não só em termos de riscos mas também, de forma significativa, em termos de recursos de saúde, nomeadamente no âmbito da psicologia positiva. Para além de propostas mais abrangentes, como os já referidos modelos de bem-estar psicológico de Ryff e de saúde mental completa de Keyes (cf. B.1.1), o estilo de *coping*; a auto-eficácia e sentimento de controle e *mastery*; a autonomia; a auto-estima; o optimismo, esperança; o significado/*meaning* e propósito/*purpose*; a sabedoria/*wisdom*; a inteligência e capacidade cognitiva,. são exemplos de alguns dos conceitos mais estudados na sua relação com a saúde mental e global, nomeadamente nos idosos. Dada a vastidão dos temas e investigação neste campo, a abordagem aqui possível é sobretudo ilustrativa de alguns dos conceitos e evidência potencialmente pertinentes para a promoção da saúde e bem estar deste grupo.

Assim, por exemplo, a revisão de literatura efectuada por Stuck *et al.* encontrou forte evidência de que a **incapacidade (*impairment*) cognitiva** constitui importante factor de risco para o declínio do *status* funcional nos idosos (1999). Também a síntese da OMS (2002a) destaca as capacidades cognitivas como preditores de um envelhecimento activo, sugerindo que algum declínio normal com a idade, em funções específicas, pode ser compensado por ganhos noutras competências, enquanto que factores diversos (e.g., desuso, falta de motivação ou confiança, depressão, medicação, isolamento) estarão muitas vezes implicados em perdas cognitivas evitáveis. A reserva de capacidade substancial que pode existir a nível do funcionamento cognitivo em idade avançada, implica que não só a prática contribui para manter os níveis de desempenho, como estes podem mesmo ser aumentados para certas capacidades com programas de treino, com a possibilidade inclusive de aprendizagem de novas competências cognitivas (v.g., Lupien, Wan, 2004). A “saúde cognitiva⁸⁴” será uma área a merecer cada vez mais atenção em termos de promoção da saúde/saúde pública, como sugere por exemplo o recente lançamento pelos CDC nos EUA de “*The Healthy Brain Initiative: A National Public Health Road Map to Maintaining Cognitive Health*” (CDC, AA, 2007), que “*examined the current state of knowledge regarding the promotion and protection of cognitive*

⁸⁴ “Cognition is a combination of mental processes that includes the ability to learn new things, intuition, judgment, language and remembering” segundo definição de Himes *et al.*, 2004, citados em CDC, AA, 2007.

health, identified important knowledge gaps, and defined the unique role and contributions of public health”, prescrevendo um conjunto de acções a empreender.

Há evidência crescente da importância dos aspectos afectivos/emocionais na saúde e bem-estar (ver também B.1.1.5), não só em termos de emoções negativas mas também positivas, como revela por exemplo a meta-análise Howell *et al.* (2007) ou a revisão de literatura de Pressman e Cohen (2005), sugestiva nomeadamente de efeitos a nível da mortalidade nos idosos, e da morbilidade bem como possíveis associações com outros aspectos como a dor, a capacidade funcional e risco de institucionalização. A depressão (ver rubrica B1.1.2-Saúde mental) merece em qualquer caso destaque, como potencial alvo de intervenção, pelas suas inúmeras implicações, incluindo a contribuição para o processo de incapacidade (Stuck *et al.*, 1999; Heikkinen, 2003).

Enfatizando que bem-estar e saúde não se restringem à experiência emocional positiva, o **modelo de bem-estar psicológico**/BEP de Ryff (já abordado em B.1.1.5) é uma proposta que pretende operacionalizar forças / recursos psicológicos que serão constituintes essenciais do que é “ser saudável”, nesta perspectiva eudaimónica, valorizando os processos mais complexos (assentes numa dialéctica de aspectos positivos e negativos) implicados no crescimento e concretização do potencial pessoal (Ryff, Singer, 2003). O ênfase posto na forma como se gerem os desafios e inevitáveis adversidades da existência e na noção de que as forças com frequência nascem desses encontros poderá ser especialmente útil para a conceptualização do BEP nas idades mais avançadas: *“the heroic heart, weakened by time and fate but continuing to strive, to seek, and to find, epitomizes the human strength we [...] seek to understand”* (*idem*, p. 283). As 6 dimensões/escalas de BEP consideradas são (Ryff *et al.*, 2004, p. 1384):

- Aceitação de si/ *“self-acceptance, the capacity to see and accept one’s strengths and weaknesses”*;
- Objectivos na vida/ *“purpose in life, having goals and objectives that give life meaning and direction”*;
- Crescimento pessoal/ *“personal growth, feeling that personal talents and potential are being realized over time”*;
- Relações positivas com os outros/ *“positive relations with others, having close, valued connections with significant others”*;
- Domínio do meio/ *“environmental mastery, being able to manage the demands of everyday life”*;
- Autonomia/ *“autonomy, having the strength to follow personal convictions, even if they go against conventional wisdom”*.

Mais de uma década de pesquisa com recurso ao instrumento de avaliação de BEP criado demonstra que as desigualdades sociais, de educação e rendimento, reduzem a probabilidade de bem-estar, aponta também diferenças ligadas ao género e sugere que aspectos como a autonomia e domínio do meio serão forças psicológicas dos mais velhos, enquanto os objectivos na vida e crescimento pessoal tendem a ser vulnerabilidades (Ryff, Singer, 2003; Ryff *et al.*, 2004).

Subjacente a este modelo está ainda a noção de que o BEP se “corporiza” (*embodiment*) a nível biológico, reflectindo-se na saúde física⁸⁵, sendo propostas diversas vias para a investigação do substrato fisiológico do *florescimento* (carga alostática, assimetria de activação cerebral, competência imunitária), com alguma pesquisa preliminar a encontrar correlações com vários biomarcadores, nomeadamente em mulheres idosas (*ob. cit.*). Algumas dimensões do BEP têm já mais amplamente documentado o seu papel na melhoria da saúde (e.g., aceitação de si/auto-estima e relações positivas com os outros), enquanto outras, como os Objectivos na vida e Crescimento Pessoal estão ainda pouco investigadas a este nível (v.g., Novo, 2003). Ao mesmo tempo que reconhece que o modelo é susceptível de melhoramento (e.g., a capacidade de aceitar a mudança, em especial na idade avançada não é adequadamente contemplada), a autora argumenta a necessidade de alargar as definições de saúde actualmente dominantes (centradas na patologia e na vertente física), ao BE psicológico e social - quer porque oferecem conceitos e operacionalizações para lá da “ausência de doença”, quer porque podem ser determinantes importantes da morbilidade e mortalidade (Ryff, Singer, 2003).

⁸⁵ A relação entre BE e saúde/funcionalidade terá como já se referiu, provável bidireccionalidade.

Outro exemplo de abordagem global é a já apresentada proposta de **saúde mental completa** de Keyes (B.1.1.2) que acrescenta a estas dimensões de BEP, outras de avaliação do BE social, o que, juntamente com a escalas de afecto positivo e felicidade ou satisfação com a vida, permitiria o diagnóstico da saúde mental - dimensão distinta da de doença mental mas também com reflexos observados ao nível da saúde física e funcionalidade, entre outros aspectos de funcionamento psicossocial (Keyes, 2003; 2005).

As **estratégias de coping** são também determinantes, nomeadamente para a forma como os indivíduos lidam com transições e crises características desta fase da vida – como sejam a reforma, o luto ou a doença (WHO, 2002a). Por exemplo, o modelo de adaptações proactivas de Kahana e colegas, aponta o estilo de coping como uma das características *disposicionais* (a par de outros recursos internos: esperança/*hopefulness*, altruísmo, auto-estima e satisfação com a vida), que facilitam os *comportamentos de adaptação proactiva* e funcionarão como “*buffer*” melhorando o impacte do stress cumulativo (2003). Numa perspectiva mais directamente centrada em *outcomes* e processos biológicos, a discussão do modelo integrado de envelhecimento proposto por Von Dras e Blumenthal (2002) inclui igualmente diversos dados sugestivos de que o estilo de *coping* (tal como certas características de personalidade e aspectos relacionais) modera sistemas biofisiológicos implicados no envelhecimento. A síntese de evidência da WHO destaca também as estratégias de *coping* como um dos factores modificáveis relativamente à incapacidade na idade avançada (Heikkinen, 2003).

O **optimismo** (e **pessimismo**) são exemplos de características psicológicas que têm sido associadas a inúmeros resultados de saúde física e mental – incluindo, por exemplo, sintomatologia física, depressiva ou recuperação cirúrgica (v.g. Brenes *et al.*, 2002) – para além de outros domínios de vida/funcionamento⁸⁶. Uma atitude positiva/*positive outlook* é, além disso, apontada como um dos constituintes do envelhecimento bem sucedido, quer em abordagens científicas (Bowling, Dieppe, 2005), quer em estudos sobre o que as próprias pessoas idosas valorizam como ingredientes importantes para a saúde/envelhecimento (Bryant *et al.*, 2001; Fee *et al.*, 1999). A sua potencial relevância para o quotidiano das pessoas mais velhas é ilustrado por um estudo de Brenes e colegas (2002), que encontra fortes relações do pessimismo com a funcionalidade física – especificamente com o desempenho objectivo em várias actividades diárias de mobilidade por idosos sofrendo de artrite no joelho. Esta pesquisa corrobora outros estudos, sugestivos de que pessimismo e optimismo serão dimensões distintas. Para ambas se têm porém apontado diversos outros efeitos na morbilidade e na mortalidade nas idades avançadas. Por exemplo, um estilo explanatório pessimista mostrou-se associado a alterações imunitárias nos idosos (Singer, Ryff, 2001) e investigação, como o estudo prospectivo de Giltay e colegas (2004), indica que o optimismo disposicional terá um efeito protector (independente de factores sociodemográficos e riscos cardiovasculares) na mortalidade dos mais velhos, com destaque nomeadamente para a mortalidade cardiovascular. Há diferentes operacionalizações de optimismo (nem sempre aliás fortemente correlacionadas)⁸⁷, mas neste estudo é a vertente de ter planos de futuro e aspirações/novas metas a atingir que se mostra mais relevante para os homens. De um modo mais geral, Wang e Satiriano (2007) salientam aliás que uma série de variáveis psicológicas que têm de alguma forma em comum o remeter para uma visão geral do mundo e do futuro mais optimista ou pessimista - auto-eficácia, sentimento de controle, sentido de coerência e optimismo disposicional - têm sido associadas com risco variável de mortalidade.

⁸⁶ Embora genericamente o optimismo se revele benéfico a vários níveis, tem também potenciais riscos (e.g., optimismo excessivo com referência à doença pode levar a descuidar prevenção e/ou cuidados). Peterson (2000) aponta a necessidade de aprofundar alguns aspectos e distinções – quanto a diferentes níveis de abstracção/graus de optimismo, sua interacção com as circunstâncias em presença, etc. -, que poderão ajudar a clarificar aparentes divergências.

⁸⁷ As duas conceptualizações dominantes são a de optimismo disposicional/*dispositional optimism* desenvolvida por Scheier e Carver em 1992, remetendo essencialmente para expectativas globais positivas, e a de optimismo enquanto estilo explanatório/*explanatory style* referindo-se ao tipo de causas atribuídas aos eventos negativos, trabalhada por Seligman e colegas, e que segundo Peterson (2000) envolverá, uma maior componente de “agência” do que anterior, aproximando-se de conceitos como o de controle ou *mastery*. Uma terceira abordagem será de esperança/*hope*, que tal, como é concebida por Snyder em 1994, integrará as duas anteriores, na medida quem que se refere à expectativa de atingir objectivos, distinguindo-se 2 componentes: agência/*agency* e vias/*pathways* (Peterson, *ob. cit.*).

Embora nem sempre consistente, a evidência é sugestiva de níveis relativamente elevados de optimismo entre os idosos (v.g., Bowling, 2004a). É por outro lado de assinalar que têm vindo a ser desenvolvidas intervenções (embora se desconheça se também com esta população específica) no sentido de “ensinar” o optimismo ou de o “recuperar” (v.g., Bowling, Dieppe, 2005). Factores como aspectos culturais, mensagens mediáticas e as próprias condições de vida/grau de dificuldades encontrados pelas pessoas provavelmente contribuirão ainda para reforçar ou limitar o optimismo (v.g., Peterson, 2000).

O **auto-conceito** e a **auto-estima** terão um importante papel na saúde mental e possivelmente física, funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida dos idosos (v.g., Bowling, 2004a; Silva, 2005; Kahana *et al.*, 2003; Von Dras, Blumenthal, 2002). Não existindo muita investigação neste grupo etário, há indicações de que a auto-estima pode sofrer uma quebra nas idades mais avançadas (embora os resultados de diferentes estudos sejam inconsistentes), e variar em função do sexo (os homens têm maior auto-estima) e de factores como a etnia e possivelmente o ESE e a nacionalidade (Ferring, Wenger *et al.*, 2004; Robins *et al.*, 2002, 2005; Weber *et al.*, 2003). O estudo europeu ESAW incluiu a variável *self-worth* /“valor próprio” (definida em termos de auto-estima e resiliência) como um dos critérios de “ageing well”, de um envelhecimento com qualidade (v.g., Ferring, Wenger *et al.*, 2004). Esta pesquisa constata expressivas diferenças entre os 6 países estudados quer na distribuição da variável, quer nos factores que melhor a predizem, sendo que no conjunto da amostra segurança material, saúde e suporte social revelam poder preditivo equiparado; no modelo final proposto a idade e o género terão quando muito um efeito indirecto sobre o “valor próprio”.

A questão da auto-estima e auto-conceito relaciona-se também com as percepções – e estereótipos/discriminação - face à idade e envelhecimento. Investigação neste domínio sugere que as crenças das pessoas idosas sobre estas matérias podem ter um impacto directo na sua saúde e longevidade, com estudos experimentais a exemplificar que atitudes negativas podem ter efeitos que vão desde a reacção cardiovascular ao stress até ao desempenho cognitivo, ao passo que visões positivas são potenciais factores protectores, com influência positiva na sobrevivência, saúde, bem-estar e outros aspectos do funcionamento fisiológico e psicológico (v.g., Lupien, Wang, 2004). Outra via de potencial impacto deste tipo de atitudes e estereótipos é indirecto, por exemplo influenciando a actividade/participação dos indivíduos ou comportamentos específicos como os cuidados face a problemas de saúde. Estudos em que a exposição subliminar a palavras negativas ou positivas relativas ao envelhecimento respectivamente reduzia ou aumentava o desempenho em tarefas de memória e outras nos participantes idosos (mas não nos jovens) (Levy, 1996, citado em Lupien, Wang, 2004), alerta para que o efeito deste tipo de factores pode ser insidioso e não consciente – e mais ainda sugere a potencial importância para a saúde e bem-estar de intervenções que visem contrariar a pregnância a nível mediático/cultural/social de imagens negativas e estereótipos sobre a idade.

A **auto-eficácia**/*self-efficacy* percebida, e/ou o **controle** e **mastery** - conceitos próximos -, têm sido apontados como consistentes preditores, por exemplo, da manutenção de actividade e do funcionamento social e cognitivo dos idosos (Galvin *et al.*, 1999; Rowe, Kahn, 1997) e, mais genericamente, como preditores da (in)capacidade (Heikkinen, 2003); da saúde e mortalidade (Bailis *et al.*, 2001); da sobrevivência e da satisfação com a vida (Menec, 2003); do bem-estar emocional (Kunzmann *et al.*, 2002); como importantes para a promoção da saúde mental (Minkler *et al.*, 2000), incluindo um efeito moderador do risco de depressão (Myers, Hwang, 2004); e naturalmente implicados nas escolhas em termos de comportamentos (WHO, 2002a), nomeadamente na capacidade de iniciar e manter hábitos saudáveis (Singer, Ryff, 2001). A percepção de controle relacionar-se-á ainda, da “mais tenra infância à idade mais avançada”, com uma diversidade de outros resultados positivos em vários domínios de vida (Skinner, 1996). Tem, por outro lado, sido também apontada como uma das vias implicadas no impacto das desigualdades sociais na saúde (v.g., Marmot, 2004 citado em Wilkinson, Pickett, 2006; Bailis *et al.*, 2001; Bolam *et al.*, 2003).

A independência e **autonomia**, constructos relacionados, são considerados também de especial importância nas idades avançadas e para a manutenção da qualidade de vida – nomeadamente face aos riscos de constrição da liberdade de escolha e acção resultantes de fragilidade e incapacidade, de redução de recursos financeiros ou mesmo de institucionalização (Bowling, 2004a). É ainda de salientar

que a questão do controle e da escolha é apontada por alguns trabalhos empíricos como componente essencial da independência/interdependência, tal como é definida e valorizada pelas próprias pessoas idosas (Audit Commission, 2004a; Leeson *et al.*, 2004). Todos estes conceitos têm sido incluídos como componentes importantes em definições teóricas de envelhecimento bem sucedido (Bowling, Dieppe, 2005). Embora a multiplicidade de termos e constructos não facilite uma clarificação deste domínio, a noção de **controle** parece poder ser utilmente encarada como subjacente a estas várias questões. Skinner (1996) propôs um referencial enquadrando mais de 100 termos com relação com controle, sugerindo que para além do controle propriamente dito (objectivo, subjectivo e experienciado), importa discriminar aspectos relativos às fontes de motivação, antecedentes e consequências potenciais do controle. Quanto à questão do controle ele mesmo, a distinção mais fundamental será entre controle efectivo/real (“*objective control conditions present in the context and the person*” - Skinner, *ob. cit.*, p. 551) e controle percebido (“*an individual's beliefs about how much control is available*” – *idem*). Se bem que se possa argumentar que a influência das condições de controle no comportamento e emoções do indivíduo é necessariamente mediada pela interpretação que este delas faz, tornando o controle percebido mais relevante que o objectivo na investigação psicológica (v.g., Skinner, *ob. cit.*), a distinção permanece crucial – em particular no âmbito do *empowerment* (v.g., Schulz *et al.*, 1995), cujo cerne é precisamente o controle efectivo, e não só subjectivo, de acordo com a definição adoptada no presente trabalho - ver B.2.4.). Outra implicação da proposta de Skinner que resultará relevante, é que se o constructo prototípico neste domínio, por corresponder à experiência mais habitual e directa, será o de controle pessoal – i.e., situações em que o próprio é o *agente*, as suas acções são o *meio* e a mudança no meio social ou físico é o *resultado* -, a investigação tem vindo a sugerir a existência de agentes, meio e resultados alternativos. O controle por via da participação ou colectivo, através do acesso a recursos sociais/institucionais ou ainda visando controlar as vivências emocionais do evento são alguns exemplos possíveis (Skinner, *ob. cit.*).

No âmbito de uma proposta de modelo de resiliência e vulnerabilidade biopsicossocial cumulativa nas idades avançadas, visando explicar a influência em resultados de saúde psíquica e física de um conjunto de factores de risco (incluindo stressores crónicos, relacionados com desigualdades sociais/étnicas e com a idade), Myers e Hwang, (2004) incluem o controle percebido – como também o optimismo disposicional, as estratégias de *coping*, a religiosidade e outros – entre os recursos psicológicos que podem ter um efeito moderador, contribuindo para a resiliência psicológica dos indivíduos. Estes autores fazem notar, por outro lado, que a evidência sugere não ocorrer uma significativa diminuição do controle percebido com a idade, apesar de os mais velhos tenderem a estar mais expostos a eventos incontrolláveis (e.g., doenças, incapacidade), o que possivelmente se deverá a factores como uma maior capacidade de compensação e acomodação. Uma questão que parece aliás particularmente relevante para a população idosa é a distinção entre o que se tem designado como controle primário (visando a mudança do mundo exterior) e secundário (virado para a mudança de motivações, emoções ou representações, i.e. a nível interno), já que a evidência indica existirem diferenças etárias quer na utilização destas estratégias, quer nas suas implicações para o bem-estar (v.g., Wrosch *et al.*, 2000). Na pesquisa que conduziram, estes autores observaram que, face a situações de elevado stress financeiro ou de saúde, a persistência face a metas (controle primário) se associava a maiores benefícios para o bem-estar subjectivo de adultos mais jovens, ao passo que uma estratégia de reavaliação positiva (controle secundário compensatório) se revelava sobretudo vantajoso na meia idade e para os mais velhos. Em contrapartida, o baixar de aspirações/desistir de metas (outra estratégia de controle secundário) tinha uma associação negativa com o bem-estar em todas as idades. Interessante ainda é notar que os idosos recorriam mais a estratégias de controle secundário (como tem sido consistentemente verificado noutros estudos), mas também ao controle primário (aspecto em que a investigação tem dado resultados divergentes) (Wrosch *et al.*, 2000). Serão múltiplos os factores que podem influenciar o grau de controle percebido. Em termos genéricos, são desde logo naturalmente relevantes as condições objectivas de controle existentes, envolvendo quer características do próprio indivíduo (e.g., repertório de acções, competência), quer da situação ou ambiente físico e social (e.g., responsividade). Skinner (1996) aponta ainda a informação, a possibilidade de decisão/escolha e a previsibilidade como exemplos de aspectos que poderão promover (ainda que nem sempre) um aumento do controle. O envelhecimento tende normalmente a acompanhar-se de condições e eventos que envolvem redução do controle (desde a diminuição de recursos financeiros às situações de

luto, passando pelas doenças graves e perda de capacidade funcional). Se como se referiu, a percepção de controle, auto-eficácia e *mastery* são preditores importantes da manutenção da funcionalidade e actividade, há também indicações de que tal relação seja bidireccional, observando-se por exemplo que a incapacidade de efectuar certas tarefas cognitivas parece poder implicar, a prazo, mais baixos níveis de auto-eficácia percebida (Diehl, 1998), assim como o envolvimento em actividades produtivas poderá aumentar o sentido de controlo e *mastery* (Menec, 2003). Assim, em termos de promover sentimentos de controle e auto-eficácia importará favorecer as próprias oportunidades de exercer/experienciar esse controle – por exemplo, Satariano e McAuley no âmbito da discussão da importância de uma abordagem ecológica para a promoção da actividade física das pessoas idosas salientam que “*Critical to forging a strong sense of personal control in older adults is the provision of environments, social and emotional experiences, and motivational structures*” (2003). Outro tipo de ilustração da viabilidade de intervir eficazmente neste domínio, vem de estudos realizados junto de idosos em instituições, que parecem demonstrar que é possível a modificação do controle sobre certas situações (e.g. quando receber visitas), com resultados potenciais em termos de ganhos de saúde e longevidade (Singer, Ryff, 2001). Convém finalmente ter presente o papel cumulativo das experiências de sucesso e insucesso ao longo da vida no desenvolvimento de expectativas de controle, e da influência nestas de factores como a posição social (v.g. Bailis *et al.*, 2001) ou a discriminação (v.g., Myers e Hwang, (2004). O ESAW, estudando pessoas entre os 50 e 90 anos em 6 países europeus, encontrou ainda diferenças em vários tipos de controle (pessoal, interpessoal e sociopolítico) em função do género, da situação de coabitação (menor controle pessoal e interpessoal para quem vive só – podendo porém reflectir diferenças de género), zona de residência (quanto ao controle sociopolítico, maior em localidades urbanas) e possivelmente idade (decrecendo com os anos) (Weber *et al.*, 2003).

Um conceito que inclui noções próximas das anteriores mas que pretende ser mais abrangente é o **sentido de coerência** (SOC)/*sense of coherence* de Aaron Antonovsky, encarado como característica que, em contexto de stress, facilitará o “movimento para a saúde” (num *continuum* doença/*dis-ease* – saúde/*health ease*) e que o autor propõe como enquadramento teórico para uma abordagem da promoção da saúde numa perspectiva salutogénica (v.g., Antonovsky, 1996). Distintivo neste constructo, face a alguns dos atrás mencionados será, segundo Antonovsky, o seu carácter universal/não cultural, bem como a combinação de componentes cognitivas, motivacionais e comportamentais correspondendo aos três elementos do SOC – respectivamente *comprehensibility*, *meaningfulness*, e *manageability* -, que sinteticamente se poderá definir como uma orientação geral para o mundo que envolve “*a combination of peoples’ ability to assess and understand the situation they were in, to find a meaning to move in a health promoting direction, also having the capacity to do so*” (Lindström, Eriksson, 2005). A evidência existente apoia a hipótese de que seja um recurso promotor de resiliência, tendo níveis elevados de SOC forte relação positiva em especial com a saúde mental, e possível associação (mais fraca e mais complexa) com a saúde física, incluindo a incapacidade (Eriksson, Lindström, 2006). Sendo também proposto como um importante componente da qualidade de vida, nomeadamente para os idosos, tem porém ainda sido pouco investigado especificamente neste grupo da população (Bowling, 2004a).

Em contrapartida, a já discutida OSC - **Optimização Selectiva com Compensação** de P. Baltes e M. Baltes (v.g., 1990), é um modelo proposto concretamente para o envelhecimento bem-sucedido – muito embora seja entendida como um processo de adaptação universal, que descreve uma estratégia de gestão de vida eficaz em qualquer fase do desenvolvimento, com concretização, essa sim, variável em função de factores pessoais e contextuais e do domínio a que se aplique (*ver mais em A*). A OSC não especifica porém quais as metas e meios mais desejáveis, nada diz sobre a sua adequação ética e moral. A **sabedoria**/*wisdom*, por seu lado, constitui “*an expert knowledge system about the fundamental pragmatics of life, including knowledge and judgment about the conduct, purpose, and meaning of life*” (Baltes, Freund, 2003, p. 27). P. Baltes e colegas sugerem a conjugação da OSC com a sabedoria – traduzindo-se num conhecimento e juízo sobre “*means and ends for the highest personal and common good*” (2003, p. 27), implementado através das estratégias comportamentais de selecção, optimização e compensação - como uma constelação universal e genérica que seria a versão mais geral de uma psicologia

das forças humanas. Esta formulação apresenta-se como alternativa à noção tradicional de estados-finais ideais “fixos” do desenvolvimento humano, já que este estado final optimal é definido não em termos de propriedades específicas mas como um sistema que promove uma continua adaptação a, e domínio/*mastery* de, um mundo em permanente mudança, sendo “*a system of means and goals that are integrative and consider the person as a whole and in the context of society and citizenship*” (ob. cit., p. 33).

Vários são, de resto, os modelos relativos ao envelhecimento que valorizam os processos individuais envolvidos na adaptação às mudanças que ocorrem com a idade – frequentemente distinguindo 2 tipos básicos de processos: “mudar o mundo” vs. “mudar o *self*” (Ferring, Wenger *et al.*, 2004 – citando nomeadamente Rothbaum *et al.*, 1982; Brandtstadter *et al.*, e.g., 1984; Heckhausen, Schulz, e.g., 1995). Exemplo de uma proposta recente desse tipo, enfatizando a adaptação específica para o envelhecimento, é o modelo teórico de Wrosch e colegas (2006), que salienta a importância da auto-regulação adaptativa face aos desafios/dificuldades comuns na idade avançada e suas potenciais consequências na saúde psicológica e física. Os indivíduos são aqui perspectivados como agentes activos que podem controlar o modo como vivenciam as situações, evitando consequências negativas através do recurso a diferentes tipos de processos regulatórios. Estes processos tanto podem: a) visar ajudar a ultrapassar as dificuldade e atingir o objectivo (o que se tem designado controle primário), como b) proteger a integridade do *self* (e.g., por atribuições externas) e ajustar metas que já não podem ser atingidas. Importante é a noção de que o respectivo valor adaptativo depende das oportunidades existentes: se estas são favoráveis, o primeiro tipo de processos, activamente orientados para os objectivos, deverá permitir superar o problema diminuindo assim a perturbação emocional e consequências para a saúde física; no entanto, face a condições objectivas que não facilitam soluções efectivas, o segundo tipo de estratégias poderá permitir manter bons níveis de BE emocional e saúde. A evidência empírica disponível é, segundo os autores, fortemente corroborativa do modelo proposto.

A dimensão **espiritual** é já reconhecida como parte da definição de saúde, tal como é entendida em PromS (Bangkok Charter, 2005)⁸⁸, sendo a Religião e Espiritualidade também uma das áreas de Funcionalidade-Actividades e Participação contempladas na CIF, enquadrada no domínio da Vida comunitária, social e cívica (OMS, 2004). Embora gerando ainda algum cepticismo, resultante de factores diversos (ver Chatters, 2000), merece crescente atenção sistemática na investigação, a qual tem vindo a reunir evidência indicativa de uma relação genericamente positiva da espiritualidade e de envolvimento/práticas religiosas⁸⁹ com a saúde física e mental (v.g. as revisões de literatura de Chatters, 2000 e Miller, Thoresen, 2003), incluindo em pesquisa específica com a população mais velha. Myers e Hwang, por exemplo, (2004) citam estudos que revelam que maior participação religiosa e maior espiritualidade auto-reportada se associam a menores taxas de mortalidade, a melhor saúde subjectiva e a menor risco de hipertensão e cancro, havendo também indicação de efeitos benéficos quanto à saúde mental/ depressão e (com menor clareza, atendendo à causalidade inversa) quanto à funcionalidade/ participação dos idosos. A espiritualidade parece contribuir também para o BE psicológico, efeito que poderá ser especialmente significativo para idosos com maiores níveis de fragilidade, moderando o impacte negativo desta no BE (Kirby *et al.*, 2004). Vários outros estudo focam o papel da religião e espiritualidade face a problemas de

⁸⁸ “Health promotion (...) offers a positive and inclusive concept of health as a determinant of the quality of life and encompassing mental and spiritual well-being.” (Bangkok Charter, 2005).

⁸⁹ Trata-se de constructos distintos, embora relacionados, que têm sido diversamente definidos e operacionalizados, muitas vezes não fazendo jus a seu carácter multidimensional (Chatters, 2000; Miller, Thoresen, 2003). No envolvimento religioso, mais frequentemente estudado, incluem-se componentes subjectivas (atitudes, crenças, experiências, etc.) e comportamentais, quer organizacionais e públicas (e.g., pertença a religião; participação em missa) quer não institucionais e privadas (e.g., rezar) (Chatters, ob. cit.). Como exemplo de definições, usadas no Reino Unido, temos para religião: “*the outward practice of a spiritual understanding and/or the framework for a system of beliefs, values, codes of conduct and rituals. It usually involves some form of communal religious observance*”; e para espiritualidade: “*a person’s belief in a power apart from their own existence It is the sense of relationship or connection with a power or force in the universe that transcends the present context of reality. It is more than a search for meaning or a sense of unity with others. Some people use the word of God, others may be less specific*” (King *et al.*, 2001, p. 1015-1016, citado em Kirby *et al.*, 2004).

saúde – e.g., doenças crónicas, aproximação da morte - concluindo que, em especial entre os idosos, poderão ser usadas como estratégias de *coping* com efeitos benéficos (*idem*). Note-se, no entanto, que têm também sido assinalados potenciais efeitos negativos na saúde física e mental de certos aspectos do envolvimento religioso (v.g. Chatters, 2000).

A relação entre espiritualidade e saúde é provavelmente indirecta e complexa, supondo-se que sejam múltiplos os mecanismos e factores envolvidos: desde o incentivo a estilos de vida mais saudáveis (nomeadamente em religiões que tem prescrições a este respeito), até aos contactos e suporte social implicados, passando pelo proporcionar de significado, de controle, de estados emocionais positivos e de formas de *coping* em crises de vida/transições, entre outros (v.g., Chatters, 2000; Kirby *et al.*, 2004; Myers, Hwang, 2004).

Existirão consistentes diferenças de género e idade quanto à espiritualidade e religiosidade, que tendem a ser mais fortes entre as mulheres e os mais velhos (Kirby *et al.*, 2004). Além disso, os padrões de religiosidade parecem mudar com a idade, com a participação nas actividades religiosas formais a sofrer uma quebra nas idades muito avançadas, associada à maior incapacidade física, ao passo que as crenças e práticas religiosas privadas tendem a aumentar com a idade (Myers, Hwang, *ob. cit.*). Por outro lado, há razões para crer que estes fenómenos terão importante variabilidade cultural – tal como têm, por exemplo, variação étnica (*idem*), pelo que o facto da grande parte da evidência analisada provir dos EUA limita o seu potencial de generalização (v.g. Miller, Thoresen, 2003).

Em síntese, existem múltiplos factores psicológicos a merecer consideração, quer pela sua centralidade para o bem-estar e saúde mental dos mais velhos, quer mesmo pelo potencial impacte em aspectos como a morbilidade/saúde física, longevidade e funcionalidade. Para algumas variáveis, este tipo de efeitos está mais documentado, enquanto para outras a investigação é ainda escassa; por outro lado, a relação é com frequência bidireccional, dificultando a destrição da direcção da causalidade na pesquisa das associações entre saúde física e saúde mental/bem-estar. É de assinalar a maior atenção que os recursos psicológicos têm vindo a ter nos últimos anos (complementado a mais tradicional investigação em torno de aspectos psicopatológicos e factores de risco), permitindo reunir evidência crescente do papel desse tipo de factores na saúde, quer em termos de efeitos directos, quer como protectores face, por exemplo, a condições de stress/adversidade.

A relevância dos determinantes da saúde do ponto de vista da PromS passa, no entanto, pela possibilidade de os modificar. Particularmente interessantes são pois as indicações de que vários dos processos, estados e traços psicológicos brevemente inventariados, mesmo que em parte dependentes de factores não modificáveis ou “históricos”, podem também ser, pelo menos parcialmente, influenciados por intervenções. Assim, por exemplo, para o aumento de afectos positivos poderão contribuir não só as circunstâncias/condições de vida actuais mas também actividades intencionais. O optimismo parece ser passível de treino. Estratégias de *coping* mais eficazes podem ser ensinadas. A maior disponibilidade de recursos (cognitivos e de personalidade mas também sensorio-motores e sociais) parece facilitar o uso de estratégias adaptativas de tipo OSC face às perdas que ocorrem com a idade. A capacidade cognitiva é significativamente influenciada pelo uso, mesmo em idades avançadas. A auto-estima/auto-imagem será, entre outros factores, influenciada pelos (pre)conceitos sociais/culturais vigentes. O sentimento de controle e auto-eficácia depende nomeadamente das oportunidades de experienciar sucesso e de uma série de condições externas que incrementam o efectivo poder dos indivíduos sobre os factores que condicionam a sua vida – como se discute mais amplamente no quadro do *Empowerment*. E de um modo geral, os factores socioeconómicos surgem como relevantes para vários aspectos psicológicos e de saúde mental.

Em todo o caso, uma limitação frequente das abordagens centradas em factores psicológicos (e individuais em geral), é a tendência para subestimar o papel dos factores contextuais, bem como para adoptar perspectivas fragmentárias e centradas no momento actual, sendo que a desejável “*holistic perspective on positive development necessitates an integrated consideration of individual and environmental factors operating over time*” (Magnusson, Mahoney, 2003, p. 235). Propostas que têm como foco processos centrados na própria noção de adaptação (e.g., OSC, Baltes e Baltes ou Wrosch) darão mais atenção a estes aspectos. Em contrapartida, conceptualizações mais complexas tendem também a ser de mais difícil mensuração – nomeadamente no quadro do tipo de inquéritos genéricos à população que tenderão a suportar a fundamentação e políticas públicas.

B.2.1.3. COMPORTAMENTOS

É o grupo de factores que tende ainda a ser predominantemente considerado na promoção da saúde dos idosos, como de outros grupos da população (v.g. Peel *et al.*, 2005; Minkler *et al.*, 2000), resumindo-se/ confundindo-se inclusive para muitos a promoção da saúde com a modificação de comportamentos (v.g. Beattie *et al.*, 2003). Está habitualmente em causa evitar comportamentos considerados de risco – os consumos/adições (tabaco e álcool), o sedentarismo, a nutrição desadequada (embora cada vez mais apresentados também em termos de escolhas/“estilos de vida saudáveis”) –, e promover práticas ligadas a (cuidados de) saúde – designadamente de prevenção primária de doenças (e.g., vacinação contra a gripe), de rastreio (e.g., certos tipos de cancro) e de gestão adequada de problemas de saúde (e.g., diabetes). Um tema também frequente no que toca aos mais velhos é o de comportamentos de segurança (e.g., prevenção de quedas ou segurança rodoviária). Menos explorada é a atenção a comportamentos não enquanto “riscos” para doença mas como “recursos” – designadamente por serem protectores da saúde e/ou contribuírem para a recuperação ou optimização da saúde, bem-estar e qualidade de vida. A investigação neste âmbito é aliás ainda insuficiente – sendo de realçar que os factores que já se sabe estarem associados a resultados negativos (doença, incapacidade) não são necessariamente determinantes relevantes da saúde positiva/ envelhecimento saudável (Peel *et al.*, 2005). Em todo o caso, e talvez em particular no que respeita à população mais velha, têm vindo a ter ênfase crescente comportamentos na esfera social (do nível interpessoal ao comunitário), de ocupação (produtiva ou não) e, mais genericamente, aspectos que se enquadram na noção de actividade e participação – que, como se viu, merece destaque enquanto resultado final/expressão de saúde em sentido amplo, tendo sido já desenvolvida na respectiva secção (B.1.1.3), mas pode ser simultaneamente encarada como determinante de outras vertentes da saúde e bem-estar.

Trabalhos recentes da psicologia positiva, contemplam ainda o papel de certo tipo de actividades e experiências na emergência/ favorecimento de aspectos psicológicos relevantes para a saúde mental e bem estar – e.g., Felicidade (Lyubomirsky *et al.*, 2005; Sheldon, Lyubomirsky *et al.*, 2006), Envolvimento Vital/*vital engagement* e Significado (Nakamura, Csikszentmihalyi, 2003).

Em termos de **comportamentos aditivos**, o tabaco, para além de ser apontado como importante factor de risco para a morbilidade, morte prematura e/ou perda de capacidade funcional dos idosos (Bogers *et al.*, 2005; Haveman-Nies *et al.*, 2003; Heikkinen, 2003; Stuck *et al.*, 1999; WHO, 2002a), tem também uma documentada associação (de não fumar, ou fumar pouco) com o envelhecimento saudável⁹⁰ (Peel *et al.*, 2005). Os dados sugerem que é relevante a situação actual, de fumador ou não, mas também a história passada; de qualquer modo, deixar de fumar mesmo depois dos 65 anos parece trazer benefícios (Fletcher *et al.*, 1999). Ainda que bastantes pessoas tenham já deixado de fumar nesta idade, os dados indicam que na Europa há um número significativo de fumadores idosos, sobretudo homens (entre um terço e um quarto dos indivíduos nestas idades serão fumadores) – muito embora, o envelhecimento das actuais gerações de fumadoras permita antecipar que, em breve, esta vai ser também uma situação frequente entre as mulheres idosas (*idem*). Para além das diferenças de género, o estudo SHARE revela que, embora menores que para outros comportamentos, há disparidades socioeconómicas nos actuais hábitos tabágicos de europeus com 50 e mais anos (havendo significativamente mais fumadores entre os homens de menor rendimento e nível educacional e entre as idosas de mais baixo rendimento) (Aro *et al.*, 2005b).

Relativamente ao impacte do álcool, os dados suscitam uma leitura mais complexa. Se o consumo excessivo envolve sem dúvida efeitos negativos na saúde das pessoas idosas (Heikkinen, 2003; Stuck *et al.*, 1999), a situação é menos clara quanto às consequências de um consumo moderado: embora exista alguma evidência sugerindo efeitos protectores ou benéficos (Bogers *et al.*, 2005; Peel *et al.*, 2005), as suas implicações são encaradas com reserva designadamente pela OMS (2002a) devido, por exemplo, a

⁹⁰ Operacionalizado, no contexto da revisão de literatura em causa, em termos de uma medida compósita/multidimensional identificando indivíduos que funcionam bem em vários domínios.

riscos acrescidos, nesta população, de interacção com medicação e de quedas. Também para estes comportamentos e suas consequência são relevantes factores sociodemográficos.

Aquilo que aqui se designa como **práticas de saúde** caberá no domínio dos “auto-cuidados” - um conceito ainda fragmentário e sem definição consensual, mas captando interesse crescente nas últimas décadas, incluindo no que toca especificamente aos idosos e/ou à promoção da saúde (v.g., Hoy *et al.*, 2007; Leenerts *et al.*, 2002)⁹¹. Têm merecido especial atenção para este grupo diversos tipos de práticas preventivas de cariz médico, várias delas com efectividade e custo-eficácia já documentados, podendo-se destacar: a realização de exames periódicos, incluindo o rastreio regular de certas doenças (e.g., cancro da mama ou do cólon), ou monitorização de factores de risco biológico (e.g., pressão arterial, colesterol), ou ainda o despiste de défice visual e auditivo, com crescentes referências também a uma mais ampla avaliação multidimensional da funcionalidade; a vacinação (em especial contra a gripe); a saúde oral (que nesta faixa etária pode ter implicações diversas – inclusive em termos de nutrição) (v.g., Beattie *et al.*, 2003; Fletcher *et al.*, 1999; Haber, 2004; Minkler *et al.*, 2000). Cada vez mais, se promove também o que se pode designar como auto-gestão/self-management da doença (por exemplo, de diabetes ou osteoporose) (*idem*).

A abordagem habitual desta última temática será útil para ilustrar a que mais globalmente tem caracterizado a promoção de práticas de saúde em geral e, mesmo, de estilos de vida saudáveis. Face a uma situação de elevada prevalência de (multi)patologia crónica, exigindo por vezes terapêuticas complexas e muito prolongadas no tempo, a par de outras alterações nos hábitos de vida, toma especial relevo o papel/responsabilidade do doente (e da rede familiar/informal em que se insere) nos seus próprios cuidados de saúde – tanto mais que urge minorar a sobrecarga que esse tipo de patologias e/ou as suas consequências ameaça representar para o sistema formal de cuidados, no actual quadro de envelhecimento demográfico. Numa perspectiva tradicional estas questões são abordadas em termos, por exemplo, de problemas ligados à medicação (com riscos acrescidos por exemplo, de sobremedicação, interacções e reacções adversas) e adesão à terapêutica (que na população idosa tende a ser muito baixa - v.g., WHO, 2002a). As dificuldades a este nível tendem com frequência a ser encaradas ainda como um problema (ou mesmo “culpa”) do doente, atribuível a falta de informação e/ou dificuldades cognitivas, e consequentemente abordadas essencialmente em termos de estratégias educacionais/informativas e/ou suportes cognitivos (Higgins, Regan, 2004). Mas há também já o reconhecimento emergente das responsabilidades do próprio sistema de saúde no apoio e acompanhamento necessários (WHO, 2002c) (ver B.2.3.4-Sistema de saúde), e da complexidade de factores que pode estar implicada na adesão terapêutica – tal como, mais genericamente, na adopção e manutenção de outras práticas de saúde. Desde aspectos como as definições e crenças de saúde das pessoas, à sua capacidade financeira e outras condições de acesso, passando por características/consequências dos próprios procedimentos, prescrição inadequada, qualidade da comunicação/relação com os profissionais de saúde, literacia, suporte social, défices de memória ou outras perdas funcionais, muitos são os factores individuais, interpessoais e externos que têm sido identificados como relevantes para vários tipos de auto-cuidados entre os mais velhos – e que consequentemente deverão ser tidos em conta em intervenções, também elas multidimensionais (v.g., Higgins, Regan, 2004; Hoy *et al.*, 2007; Leenerts *et al.*, 2002; Ownby, 2006; Resnick, 2003).

No entanto, e mais em conformidade com a perspectiva de PromS adoptada no presente trabalho, em contraponto a abordagens que visavam assegurar a adesão dos doentes às prescrições dos profissionais, têm vindo a ganhar ênfase outras, mais empoderadoras, adoptando uma óptica de parceria com os profissionais nas decisões sobre os cuidados e em que, mais genericamente, se valoriza o envolvimento activo (inclusive crítico) dos indivíduos nas questões que respeitam à saúde⁹². Interessante é salientar

⁹¹ Uma das primeiras definições é a de “(self-care) as a process in which a lay person acts on his or her own behalf in the promotion of health, disease detection, prevention and treatment” (Levin, 1979, citado em Hoy *et al.*, 2007, p. 457).

⁹² Veja-se Kahana *et al.* (2003), abordando o consumerismo nos cuidados de saúde como uma das recentes opções proactivas para um envelhecimento bem-sucedido; Cook e Klein (2005) revendo literatura sobre envolvimento dos idosos desde o nível micro, da definição das suas necessidades e cuidados, até ao da participação, como utentes e cidadãos, no planeamento de serviços e políticas; ou Nutbeam (2000) e Kickbusch *et al.* (2005, p. 2) discutindo a

que, para além dos efeitos positivos directamente ligados aos próprios comportamentos adoptados (e.g., melhor saúde/funcionalidade, independência, qualidade de vida; menor utilização dos serviços de saúde), de uma perspectiva mais complexa (e multidisciplinar) destes fenómenos tem resultado também a identificação de outro tipo de benefícios. Há, por exemplo, evidência sugestiva de que intervenções promotoras de auto-cuidados/redução de riscos, poderão incrementar as percepções de controle e auto-eficácia e, mais globalmente, a saúde mental e bem-estar dos idosos (Leenerts *et al.*, 2002; Minkler *et al.*, 2000). Convém, por outro lado, ter presente que a literatura aponta igualmente risco de efeitos negativos – nomeadamente, sentimentos de *helplessness* em circunstâncias em que as exigências ultrapassam os recursos ou as capacidades de que os indivíduos dispõe (Hoy *et al.*, 2007).

A “**alimentação** saudável” é uma área muito focada em promoção/educação para a saúde na população em geral, que se revela igualmente pertinente para as faixas etárias mais velhas, ainda que com especificidades. Há forte evidência da influência tanto do excesso de peso como de um baixo IMC na situação de saúde dos idosos, quer numa perspectiva de risco de doenças várias (e.g., Fletcher *et al.*, 1999) e de declínio funcional (Stuck *et al.*, 1999), quer de associação a um envelhecimento saudável (Peel *et al.*, 2005). Estudos detalhando aspectos em termos de qualidade nutricional e seus efeitos, são porém ainda escassos e com resultados menos claros (*idem*) – sem prejuízo da investigação ligando diversas especificidades nutricionais a patologias várias de importante prevalência nesta faixa etária (WHO, Tufts, 2002). Em todo o caso, os dados longitudinais analisados no âmbito do projecto europeu HALE indicam que uma dieta de tipo mediterrânico reduz o risco de mortalidade total (em 20%) e de causas específicas (cardíaca em 40%) (Bogers *et al.*, 2005). As recomendações resultantes deste projecto vão ainda no sentido da manutenção do IMC, já que variações (designadamente perdas de peso superior a 5 kg em homens idosos) ser revelaram preditoras de uma duplicação do risco mortalidade.

É de salientar que na população idosa os problemas de nutrição e peso podem com frequência resultar não só de hábitos alimentares inadequados e insuficiente actividade, pressupondo eventual falta informação sobre estas matérias, mas também de uma diversidade de outros factores, como alterações do apetite, dificuldades na aquisição e/ou confecção de alimentos (por razões económicas, de mobilidade, cognitivas, motivacionais, por exemplo) ou ainda na sua ingestão/assimilação (e.g., por doença, medicação, falta de dentição) (WHO, 2002a; WHO, Tufts, 2002; Fletcher *et al.*, 1999).

O relatório da IUHPE indica que, de acordo com vários estudos, a inadequação nutricional (seja, por exemplo, por deficiência vitamínica ou consumo desaconselháveis, com excesso de gordura e défice de frutas e vegetais) é um problema que afecta significativa proporção dos idosos europeus, com especial prevalência nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos; o tipo de problema encontrado apresenta variações regionais e também com a idade – com a insuficiência nutricional e de peso corporal a afectar sobretudo as pessoas em idade muito avançada, enquanto a obesidade atinge, nalguns países, 50% do conjunto dos idosos; os homens idosos, em especial quando vivem sós, constituirão também um grupo de risco acrescido (Fletcher *et al.*, 1999). A tendência de aumento, nas últimas décadas, da prevalência de excesso de peso está documentada também entre os europeus mais velhos (Aro *et al.*, 2005b; Bogers *et al.*, 2005), assim como a significativa desvantagem neste determinante daqueles com mais baixo estatuto socioeconómico (Aro *et al.*, 2005b).

A **actividade física** é dos determinantes da saúde dos idosos que tem merecido mais atenção, em especial pelos efeitos negativos associados à inactividade, sendo também consistentes as indicações de efeitos positivos de exercício regular, moderado ou intenso – sustentando inclusive a afirmação de que “*no group can benefit more than older persons from regularly performed exercise*” (WHO, Tufts, 2002, p. 4). Contribuirá, por exemplo, para reduzir o risco de mortalidade, para a prevenção/adiamento da

incapacidade, mesmo em doentes crónicos, melhoria de doenças⁹³, redução de dor e (outras vertentes de) envelhecimento saudável (Bogers *et al.*, 2005; Heikkinen, 2003; Peel *et al.*, 2005; Stuck *et al.*, 1999; WHO, 2002a; WHO-site⁹⁴). A actividade física parece ter assinaláveis repercussões também a nível do funcionamento cognitivo e da saúde mental (incluindo prevenção e redução de sintomatologia depressiva, ansiedade e afectos negativos) e bem-estar psicológico (Bogers *et al.*, 2005; Kramer *et al.*, 2004; WHO, 1998a; WHO-site). Tem ainda, em combinação com outros factores, um papel importante na prevenção das quedas (v.g., Fletcher *et al.*, 1999). Em termos de indicações particulares para a população idosa, enfatizam-se, em particular, exercícios que aumentem a flexibilidade e o equilíbrio, para além dos exercícios para força muscular e actividade aeróbica propostos para os adultos em geral, e recomenda-se habitualmente um mínimo de 30 minutos de actividade física de intensidade moderada todos os dias, ou quase, embora com ganhos de saúde assinalados mesmo para níveis de exercício inferiores (WHO, Tufts, 2002; WHO-site). Dados os claros benefícios que se lhe associam tornam-se pois particularmente preocupantes os baixos níveis de actividade encontrados entre os idosos, nomeadamente na Europa (v.g., Fletcher *et al.*, 1999), tendendo o sedentarismo a aumentar acentuadamente com o avançar da idade, a ser maior entre as mulheres do que entre os homens e a afectar desproporcionadamente os idosos de mais baixo ESE (Aro *et al.*, 2005b); este estudo encontrou ainda diferenças nacionais relevantes, com hábitos de menor actividade física em vários países do sul da Europa.

Uma nota para assinalar que nomeadamente o projecto HALE sublinha o interesse de considerar em combinação os vários tipos de determinantes comportamentais – no caso, actividade física, dieta, consumo de tabaco e álcool – quer na análise dos seus efeitos na saúde, que se revelam mais fortes quando conjugados, quer ao nível da intervenção, onde pode trazer diversas vantagens (da flexibilidade de adequação às circunstâncias e motivações de cada indivíduo, a potenciais impactos sinérgicos na mudança de estilos de vida) (Bogers *et al.*, 2005). O domínio da promoção da actividade física, incluindo especificamente dos idosos, vai também já podendo beneficiar de uma evolução da conceptualização e investigação, contemplando aspectos que vão além do nível pessoal para abarcar, por exemplo, o impacto de características do ambiente físico e outros elementos meso e macro-ambientais (v.g., Cunningham, Michael, 2004; King *et al.*, 2002).

Se o lema do “envelhecimento activo” é por vezes sujeito a uma leitura que se cinge à actividade física, pode – e deve –, no entanto (cf. secção A), abarcar todo o campo da **Actividade/Participação** que, tal como é definido na CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade, engloba a totalidade das áreas vitais (OMS, 2004). Sendo em si mesma um meta-última a visar na PromS dos idosos (e como tal já abordada em B.1.1.3), merece simultaneamente destaque como importante determinante de diversas vertentes da saúde, funcionalidade (física e cognitiva) e bem-estar/qualidade de vida dos idosos⁹⁵. Não se irá repetir aqui a discussão já incluída nessa secção sobre os benefícios potencialmente associados a maior actividade/ participação (ao nível individual, mas também colectivo/societal), ou sobre os factores e mecanismos que a investigação tem associado à adopção/manutenção/alteração de padrões de actividade/ participação. Destacam-se somente alguns dos tipos de comportamento tendencialmente mais representativos e relevantes do ponto de vista da saúde, bem-estar e *empowerment* (individual e colectivo) da população idosa.

Antes porém lembre-se que, apesar de tudo indicar que os vários tipos de actividade tendem a ter implicações diferenciadas, o nível de actividade por si (frequência, número) parece ser também preditor da saúde e bem estar dos idosos (v.g. Menec, 2003). Tal poderá em parte ter que ver com a relevância da

⁹³ “Aerobic exercise has long been an important recommendation for the prevention and treatment of many of the chronic diseases typically associated with old age. These include NIDDM and impaired glucose tolerance, hypertension, heart disease and osteoporosis” (WHO, Tufts, 2002, p. 41).

⁹⁴ Site da OMS (última consulta em Novembro 2008): *Recommended Amount of Physical Activity* (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en) e *Physical Activity and Older Adults* (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en).

⁹⁵ Convém mais genericamente ter presente que entre actividade/participação, saúde e bem-estar as interrelações são complexas, como antes se discutiu, sendo, em particular nos mais velhos, melhor entendidas com de interdependência e não unidireccionais (v.g., Bukov *et al.*, 2002).

questão da ocupação do tempo – aspecto que parece reflectir-se nomeadamente no módulo para idosos da escala de Qualidade de vida da OMS (WHOQOL_OLD), em que três dos quatro itens relativos à faceta de Participação social, avaliam a satisfação com o nível de actividade, o uso do tempo e o “ter suficiente para fazer diariamente” (v.g., Power *et al.*, 2005).

Em termos de comportamentos mais específicos, por exemplo, a manutenção de actividade/ estimulação cognitiva – em especial a participação em actividades novas e intelectualmente complexas (Kramer *et al.*, 2004) – é frequentemente apontada como factor importante para evitar o declínio funcional neste plano, havendo experimentação que demonstra poder o treino sistemático melhorar mesmo o nível de funcionamento ou inverter perdas intelectuais (Ball *et al.*, 2002; Baltes *et al.*, 1999; Diehl, 1998). Merece referência neste contexto a participação em actividades educativas, como uma (entre outras) formas de proporcionar essa estimulação, que simultaneamente pode trazer benefícios de outros tipos – e.g., participação social (quando em contexto colectivo), informação/literacia em saúde, *empowerment*, etc. (ver mais em B.2.3.3.). Uma revisão de literatura do Swedish National Institute of Public Health (SFI, 2005) salienta os benefícios de actividades artísticas e culturais, não só face a problemas e patologias específicas mas na redução da mortalidade em todos os grupos etários. O envolvimento quotidiano em actividades diversas de ocupação/lazer de natureza solitária (e.g. hobbies, leitura) parece ter, pelo menos, benefícios a nível de bem-estar/felicidade dos idosos, de acordo com o estudo longitudinal efectuado por Menec – embora alguns outros trabalhos, citados por essa autora, indiciem também outros possíveis ganhos (2003). As actividades de tipo produtivo mas, sobretudo, as de participação social são, no entanto, as que mais clara e generalizadamente têm sido associadas não só à redução da mortalidade e do declínio funcional (Avlund *et al.*, 2004b; Heikkinen, 2003; Stuck *et al.*, 1999) mas também ao bem-estar e outros resultados de saúde positivos nos idosos (Menec, 2003; Bukov *et al.*, 2002). Assim, por exemplo, usando dados do estudo MIDUS⁹⁶ para examinar os efeitos de comportamentos sociais na Saúde Completa (física e mental), Grzywacz e Keyes (2004) sugerem que actividades como ida regular à igreja e contactos com amigos poderão ter efeitos tão importantes como os “comportamentos de saúde” (e.g. exercício físico ou deixar de fumar), mais habitualmente estudados e tomados como alvo em PromS. Outros estudos sugerem ainda que actividades de tipo produtivo e “altruísta” podem ter ainda maior impacte que as recreativas na qualidade de vida dos idosos (Bukov *et al.*, 2002) – para além do significado que assumem em modelos de funcionamento positivo, como o de Bem-estar Social de Keyes (v.g., Keyes, Magyar-Moe, 2003) ou no de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1997). O envolvimento da população mais velha em actividades de voluntariado tem merecido especial atenção, quer pela sua importância potencial face às preocupações sociais/económicas com “peso do envelhecimento populacional” (v.g., Erlinghagen, Hank, 2005), quer pelos benefícios que trará para o bem-estar dos indivíduos implicados, com efeitos positivos documentados por exemplo na (auto-avaliação da) saúde, na funcionalidade, na sintomatologia depressiva e, inclusive, na mortalidade dos idosos (v.g., Morrow-Howell *et al.*, 2003). Ainda que, também aqui, as relações causais sejam, tudo indica, recíprocas (*idem*). Será interessante assinalar que evidência comparativa entre países europeus – revelando altos níveis de participação no norte da Europa e muito mais baixos nos países mediterrânicos - sugere que, para o envolvimento dos idosos neste tipo de comportamentos, além de factores individuais (e.g., saúde, idade, nível educativo), terão também grande importância condições/ influências contextuais mais amplas no plano social, institucional e cultural (Erlinghagen, Hank, 2005). Importará ainda relembrar que, face aos objectivos de fundo e valores PromS, merecerão ainda uma atenção particular certas formas de participação social e cívica/política (mas também outros tipos de comportamentos que directa ou indirectamente facilitem o acesso a recursos, poder em processos de decisão e influência sobre aspectos relevantes do meio), por poderem ser instrumentais para *empowerment*, i.e., “maior controle sobre a saúde e o que a determina”, seja no plano individual seja em benefício colectivo, bem como relevantes para as questões da equidade em saúde.

⁹⁶ National Survey of Midlife Development in the United States – com adultos dos 25 aos 74 anos (média etária 45,3 anos).

Encontram-se na literatura diversas *propostas de classificação/organização mais sistemática dos comportamentos/* actividades que genericamente se designam como participação social, de inclusividade e lógica diferenciada. Bukov e colegas (2002), por exemplo, distinguem 3 tipos de participação - colectiva (e.g., jogos, viagens em grupo), produtiva (e.g., cuidados informais, trabalho pago ou voluntário) e política (e.g., em partidos políticos, mas também a título individual). Particular a esta proposta é a noção de uma organização hierárquica destas actividades, as quais implicariam níveis crescentes de complexidade e exigência. Os autores obtêm confirmação empírica num estudo longitudinal com idosos, onde as actividades colectivas se mostraram mais prevalentes do que as produtivas e as políticas e, com a redução de actividade que em geral acompanhava o avançar da idade, a participação produtiva e política se acabava por tornar muito rara depois dos 90 anos (altura em que, de qualquer modo, mais de 30% de pessoas não tinha já nenhuma actividade social).

Por sua vez, num estudo de epidemiologia da participação (não restrito a idosos), Baum e colegas (2000) operacionalizam o conceito com maior detalhe e também maior abrangência, através de uma lista de actividades que agrupam em 6 categorias: três delas são de participação social, de tipo informal (e.g., visita a família, amigos ou vizinhos), em espaços públicos (e.g., ida ao café, cinema ou festa) ou em grupo (e.g., aulas, grupo coral ou de auto-ajuda); outras duas de participação cívica, distinguindo as actividades individuais (e.g., assinar uma petição) e as colectivas (e.g., envolvimento em acção ambientalista, partido ou sindicato); e uma sexta é a participação em grupo comunitário, misto de social e cívico (e.g., grupo de voluntariado, frequência de serviços religiosos).

Abarcando um campo mais amplo, merece referência mais circunstanciada o **modelo de “Proactividade preventiva e correctiva”** de Kahana *et al.* (2003), no âmbito do qual se inclui uma taxonomia dos comportamentos adaptativos, que, de forma proactiva, os idosos podem pôr em prática, em especial para fazer face a situações de stress prolongado (e.g., doenças crónicas, fragilidade). Trata-se aqui de enfatizar estilos de vida que terão o potencial de contribuir para a melhoria da qualidade de vida, tendo uma influência moderadora mesmo em casos em que, por exemplo, a patologia e a perda de capacidade funcional se mostram incontornáveis. A taxonomia proposta englobará boa parte dos comportamentos que se têm vindo a referir, acrescentando porém ainda outros não tão frequentemente explorados na literatura - alguns deles, aliás, classificados como “emergentes” (por oposição aos “tradicionais”) na medida em que resultam de alterações sociais e novos recursos, sendo de esperar que adquiram particular peso em gerações futuras de idosos. Concretamente, são as seguintes as categorias de comportamentos /adaptações incluídas no modelo:

1. Promoção da saúde: a) exercício; b) evitar substâncias nocivas; c) segurança; d) cuidados de saúde preventivos;
2. Apoio a outros - dar suporte instrumental e emocional a: a) familiares; b) amigos; c) vizinhos; d) outros (voluntariado);
3. Planeamento antecipado: a) financeiro; b) ambiental; c) melhoria de estilo de vida; d) cuidados de saúde; e) fim da vida;
4. Mobilização de apoio - manifestar necessidade e procurar apoio de: a) familiares; b) amigos; c) vizinhos; d) prestadores pagos; e) serviços formais
5. Substituição / Envolvimento em papéis: a) profissionais; b) organizacionais; c) cívicos; d) familiares ou de amizade;
6. Modificação ambiental e de actividade - melhoria de: a) segurança; b) conforto; c) autonomia;
7. Uso de Tecnologia: a) melhoria da comunicação; b) obtenção de informação; c) aumento de comodidade; d) monitorização ou manutenção da saúde;
8. Consumerismo em cuidados de saúde: a) desenvolvimento de relações de longa duração com prestadores de cuidados de saúde; b) uso proactivo de informação; c) comunicação eficaz com prestadores de cuidados de saúde; d) advogar para o próprio ou outros/próximos;
9. Melhoria pessoal: a) esforço educativo; b) melhoria da aparência; c) crescimento espiritual ou pessoal.

Trata-se pois de um referencial interessante pela sua abrangência, que **sintetiza** grande parte dos tipos de comportamentos que se têm evidenciado como relevantes para a PromS dos idosos - embora se possam, por exemplo, considerar sub-representados aspectos relativos ao lazer, à realização de

actividades práticas do quotidiano e à participação/cidadania para a saúde (que vai além do consumerismo⁹⁷). Tem, por outro lado, o mérito - nem sempre comum às abordagens comportamentais em saúde - de adoptar uma óptica positiva (que não só de risco) e de valorizar o papel activo dos indivíduos, ao mesmo tempo que contextualiza os comportamentos num modelo mais amplo, o qual contempla igualmente recursos internos e externos, bem como aspectos temporais e espaciais enquadreadores.

Estas serão aliás algumas dos requisitos que, em acordo com a abordagem de PromS adoptada no presente trabalho, se julga importante salvaguardar ao tratar de determinantes comportamentais – a par, como se discutiu em Conceção de Saúde (ver A), de uma visão não normativa/prescritiva do que é um comportamento adaptativo ou saudável, já que não haverá um modo único e universal de aproximação à realização do “potencial máximo de saúde” de cada pessoa nas suas particulares circunstâncias. De facto, o carácter redutor e mesmo potencialmente prejudicial de abordagens de promoção da saúde caracterizadas por um ênfase excessivo e desenquadrado em certo tipo de comportamentos vai sendo já reconhecido – com riscos que vão desde o problema da responsabilização excessiva dos indivíduos (com implicações em termos de culpabilização) e paralela desresponsabilização colectiva (do Estado e sociedade, cuja acção é necessária para modificar determinantes ambientais/estruturais), até à ineficácia, resultante da não consideração dos condicionantes dos próprios comportamentos e de outras causas igualmente implicadas e/ou mais profundas. No entanto, devidamente enquadrado, o plano comportamental é sem dúvida uma referência essencial, como determinante e como resultado final de PromS dos idosos – sendo expressão de saúde/bem-estar, e, porventura, dos próprios objectivos de vida que esta deve servir, mas também instrumento da *agency* individual (e colectiva) face aos (vários tipos) de factores que a determinam. E quanto à viabilidade de promover alterações comportamentais nos mais velhos, embora a evidência não abranja igualmente todos os tipos aqui contemplados, tende a ser favorável, sugerindo que a efectividade de intervenções e seu impacte na saúde não declina necessariamente com a idade (Smedley, Syme, 2000).

B.2.1.4. TRANSIÇÕES, ACONTECIMENTOS DE VIDA E STRESS

“Each transition represents an important point in development during which adverse and beneficial inputs can have a relatively greater effect on future health”
(Halfon, Hochstein, 2002)

A adopção de uma perspectiva de curso de vida, atentando às características próprias das várias etapas e, em especial, às transições entre elas e aos **eventos** que tipicamente as marcam, tem vindo a ser uma abordagem recomendada em (políticas) de saúde (WHO, 1999). Tais transições e acontecimentos de vida envolvem interacções complexas com os determinantes da saúde tendo *“implications for people’s health from the moment they are born to when they die”* (ob. cit., p.19), representando, em geral, períodos que são de especial vulnerabilidade mas comportando paralelamente um potencial de plasticidade (Halfon, Hochstein, 2002) – ou mesmo, como apontam alguns teóricos, oportunidades de desenvolvimento (Diehl, 1999). Como salientam Halfon e Hochstein (ob. cit.), as transições biológicas, psicológicas, sociais e demais pontos de viragem que envolvem episódios de rápida mudança, exigem adaptações que põem os sistemas sob stress acrescido. Tornam-se pois também momentos em que a trajectória desenvolvimental/de saúde é particularmente susceptível de alteração. A forma como são geridos pelo indivíduo pode conduzir a diferentes padrões de stress, a diferentes níveis de carga alostática e a diferentes trajectórias funcionais futuras. Para além das possíveis consequências em condições e práticas de vida, também elas com influência na saúde a prazo. Por tudo isso, *“at each transition point in the course of life, supportive action at both the macro and micro levels can enhance health and wellbeing”*

⁹⁷ *Consumerismo* é definido no Dicionário Priberam como “Tendência dos consumidores para se reunirem em movimentos ou em associações no desejo de defenderem os seus interesses (direito à informação, à segurança, etc.)” (<http://www.priberam.pt>, últ. consulta em 08.07.2009), merecendo o termo original inglês (*consumerism*) definição mais genérica como *“the promotion of the consumer’s interest”* no Merriam-Webster Online Dictionary (<http://www.merriam-webster.com/dictionary/>, últ. consulta em 08.07.2009).

(WHO, 1999, p. 20), com repercussões que podem ser particularmente notórias, por comparação a outros momentos. Tem sido sugerido que o papel dos eventos críticos, pode ser ainda mais acentuado na vida adulta e velhice (Baltes 1980, 1998 – citado em Diehl, 1999).

É habitual distinguir entre acontecimentos normativos (comuns à maioria dos indivíduos, em associação com a idade ou um dado período ou contexto histórico) e não normativos (i.e. pouco homogêneos no que toca à ocorrência ou padrão, sendo designados como eventos críticos quando é importante o seu impacto) (Diehl, *ob. cit.*). Este autor introduz a ideia de que interessará distinguir ainda os eventos que são auto-determinados pelo adulto/idoso, os quais poderão aumentar o sentimento de *mastery* e autonomia, contribuindo para um auto-conceito positivo. Diehl salienta assim a importância de atender não só às características específicas, objectivas e subjectivas, dos acontecimentos (e.g., previsibilidade, grau de controle possível, desejabilidade, significado pessoal, etc.), mas também às características, recursos pessoais e papel dos indivíduos – vistos como agentes activos na tentativa de controle dos processos quer de modo reactivo, quer também como produtores proactivos do seu próprio desenvolvimento. Entre outros aspectos do modelo de análise de eventos críticos elaborado pelo autor, destaca-se ainda a grande relevância do contexto - do plano macro-estrutural (incluindo por ex. o sistema de segurança social), às microestruturas (e.g., suporte social), passando por aspectos intermédios como a posição social e ESE - com influências directas e indirectas, quer na própria ocorrência dos eventos, quer nas reacções e efeitos que suscitam.

Domina em todo o caso a literatura a atenção aos eventos não controláveis. Nas listas de acontecimentos de vida habitualmente destacados pelo seu especial impacto potencial para a saúde (e.g., ECHI-2, 2005; WHO, 1999) alguns são particularmente frequentes para os idosos. Para além da saída do mercado de trabalho/reforma⁹⁸ – cuja idade habitual é precisamente critério de delimitação da população em estudo no presente trabalho – também o aparecimento de doenças crónicas (do próprio, mas também por exemplo de familiares) e o luto/perda de cônjuge e/ou outras pessoas próximas são mais prováveis em idades avançadas. A mudança não planeada ou involuntária de residência será igualmente um evento particularmente stressante para os idosos, com documentados efeitos negativos na saúde (v.g., Minkler 1985, citada em Teixeira, Leão, 2002). A redução de rendimento ou o ser vítima de roubo ou assalto são alguns dos vários exemplos de acontecimentos que também Rowe, Kahn (1997) mencionam, a propósito do interesse de promover a resiliência (e evitar eventos adversos), como contributo para um envelhecimento saudável.

A viuvez constituirá uma ilustração oportuna, sendo considerada um dos eventos de vida mais stressantes, com inúmeras implicações não só emocionais mas também sociais e instrumentais/práticas (v.g., Carr *et al.*, 2000; Caserta *et al.*, 1999; Singer, Ryff, 2001), e muito frequente entre os mais velhos. Tem importantes impactos documentados na saúde dos idosos, que vão desde a deterioração do funcionamento cognitivo, à depressão e risco acrescido de mortalidade, podendo trazer também alterações em aspectos como os auto-cuidados e outros, com repercussões directas ou indirectas para a saúde e bem-estar (v.g., Bogers *et al.*, 2005; Caserta *et al.*, 1999; Cole, Dendukuri, 2003). No entanto, para lá destas linhas gerais que claramente identificam esta como situação de risco, interessa notar que estudos aprofundando características que rodeiam o fenómeno observam padrões complexos, com significativa disparidade de trajectórias de ajustamento (por exemplo, sofrimento crónico, mas também de resiliência ou até de recuperação face a depressão anterior) associadas a uma multiplicidade de aspectos (e.g., tipo de situação rodeando a morte, grau de dependência face ao parceiro, qualidade da relação conjugal, entre muitos outros) (Bonanno *et al.*, 2004; Carr *et al.*, 2000). É igualmente de assinalar que se têm desenvolvido algumas intervenções para apoio nesta situação, quer na vertente psicossocial, quer na adaptação às diferentes exigências e tarefas do quotidiano (v.g., Caserta *et al.*, 1999; Cattán *et al.*, 2005).

⁹⁸ Para uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”, em Portugal, ver o estudo qualitativo de A. M. Fonseca (v.g., 2005a/) – também focado na rubrica B.2.3.2 – autor que igualmente explorou outras vertentes do fenómeno. O INE publicou recentemente dados nacionais sobre este tema (INE, Módulo AD-HOC “Transição da Vida Profissional para a Reforma”, Inquérito ao Emprego, 2º trimestre de 2006).

Uma referência ainda para a aproximação/eminência da própria morte que, acompanhada de problemas em termos de saúde ou simplesmente antecipada com o avançar da idade, poderá ser entendida como uma (última) transição, colocando desafios que poderão justificar também atenção e apoio específicos - cada vez mais valorizados no campo da saúde (v.g., WHO, 1999).

Mas para além dos eventos e transições que (entre outras coisas) se podem considerar “grandes stressores”, a investigação tem vindo a elucidar a importância particular dos efeitos interactivos e sobretudo cumulativos e prolongados, incluindo o peso do que se poderão designar como pequenos incómodos ou desgastes quotidianos (*daily hassles*) (v.g., Kraaij *et al.*, 2002; Braveman, Egerter, 2008)⁹⁹ – um aspecto tanto mais relevante quanto, como notam Rowe e Kahn, “*under the most fortunate circumstances, aging brings with it some repetitive experience of chronic or recurrent stresses, the “daily hassles” of life*” (1997, p. 439). Há inclusive um conjunto de situações que, pela sua frequente associação com esta etapa da vida, têm sido apontados como stressores relacionados com a idade/*ageing related stresses* – e.g., insuficiência e instabilidade de recursos económicos, lidar com doenças crónicas e dor, limitações/ perda de capacidade física e cognitivas, ser prestador de cuidados, perda de papéis sociais, isolamento e redução das redes sociais por morte de familiares e amigos (Karel, 1997, citada em Myers, Hwang, 2004).

A questão do **stress** – e do stress crónico – torna-se pois temática importante no envelhecimento, como o é mais genericamente no desenvolvimento da saúde. Investigado em diferentes disciplinas, envolve em geral “*an interest in the process in which environmental demands tax or exceed the adaptive capacity of an organism, resulting in psychological or biological changes that may place persons at risk for disease*” (Cohen, Kessler, 1995 – citados em Krieger, 2001b, p. 698). Esta definição elucida a pregnância da noção para uma fase da vida que tem sido caracterizada em termos de adaptação a (entre outros aspectos) inevitáveis perdas de capacidades e demais recursos (ver Baltes e Baltes e outros - em A) – e em que, portanto, facilmente as exigências do meio se podem tornar excessivas face ao potencial de resposta. Dela ressalta também tratar-se de um fenómeno complexo, situado na intersecção entre indivíduo e ambiente, bem como na confluência de processos psicossociais e fisiológicos. Não admira pois que seja evocado a propósito de muitos dos factores determinantes de saúde analisados neste capítulo:

- desde o nível macro-social, sendo destacado entre os determinantes sociais da saúde e implicado nos mecanismos explicativos das desigualdades sociais em saúde (v.g., Braveman, Egerter, 2008; Solar, Irwin, 2007; Wilkinson, Marmot, 2003)¹⁰⁰ incluindo, por exemplo, o “modelo de resiliência e vulnerabilidade biopsicossocial cumulativa” que Myers e Hwang (2004) desenvolvem para perspectivar as desigualdades étnicas na saúde dos mais velhos;
- até ao plano mais proximal, em que diversas respostas biológicas, psicológicas e comportamentais são apontadas como envolvidas em situações de stress (por exemplo como recurso / mediador /moderador – e.g. SOC de Antonovsky, 1996, percepção de controlo; como comportamentos adaptativos – e.g. modelo

⁹⁹ Entre os exemplos de problemas quotidianos que podem implicar significativos danos fisiológicos a prazo, Braveman e Egerter (*ob. cit.*) apontam características da zona de residência (e.g., ruído, crime) e insuficiência de recursos financeiros para assegurar adequada, habitação, alimentação, transporte, cuidados de saúde, etc. No que toca especificamente aos idosos, Kraaij *et al.* (2002), por exemplo, numa revisão de literatura abarcando 25 estudos, concluem que embora muitos dos acontecimentos de vida negativos investigados tenham algum impacto na depressão (incluindo possivelmente acontecimentos em fases anteriores da vida), é sobretudo a acumulação, i.e., o número de total de eventos negativos e o número total de incómodos quotidianos que mais fortemente se relacionam com a saúde.

¹⁰⁰ O recente Relatório da Robert Wood Johnson Foundation para a Commission to Build a Healthier America exemplifica assim sinteticamente (uma das) vias envolvidas: “*Important examples include physiological damage to multiple vital organ systems caused by chronic stress through neuroendocrine and immune pathways. Stressful experiences - like those associated with lower socioeconomic status - can trigger the release of hormones and other substances which, particularly with repeated stresses over time, can damage immune defenses and vital organs. This physiological chain of events can result in more rapid onset and progression of chronic illnesses, including cardiovascular disease, and the bodily wear and tear associated with chronic stress may accelerate aging.*” (Braveman, Egerter, 2008, p. 57).

de “Proactividade preventiva e correctiva” de Kahana *et al.*, 2003; como tradução biológica – e.g. carga alostática; etc.);

- passando pelos múltiplos factores contextuais/ambientais que podem funcionar como elicitadores de stress (e.g., ruído; características do meio físico, social ou da situação financeira que geram percepção de insegurança; relações interpessoais conflituosas) ou então como recursos e moderadores do seus efeitos (e.g. suporte social).

Em qualquer caso, e apesar da diversidade de perspectivas que têm sido adoptadas na sua conceptualização¹⁰¹, os modelos implicados tendem a contemplar diversos tipos de factores – associando-se, por sua vez, à experiência de stress, e mais ainda de stress crónico, uma diversidade de consequências, da perda de bem-estar aos problemas de saúde mental, física e morte precoce (v.g., Wilkinson, Marmot, 2003).

B.2.2. Contexto de Vida

No seu conjunto, o conhecimento sobre os determinantes ambientais da saúde – da população em geral e dos idosos em particular – está ainda insuficientemente desenvolvido. A investigação (como a intervenção), tem privilegiado os factores individuais, sendo que diversos problemas metodológicos e conceptuais dificultam o aprofundamento de abordagens ecológicas da saúde e sua etiologia. Um dos desafios a ultrapassar será o desenvolvimento da mensuração directa de dinâmicas sociais e propriedades colectivas, i.e., de medidas ecológicas ou contextuais (Singer, Ryff, 2001); mas o actual predomínio de recurso a medidas de base individual, mesmo para a caracterização de territórios (i.e., de variáveis composicionais), resulta naturalmente também da sua maior disponibilidade, por exemplo, através dos censos (Pickett, Pearl, 2001). A crescente utilização em saúde de novas ferramentas de recolha e tratamento de informação, como os SIG - Sistemas de Informação Geográfica (v.g., Santana, 2005) deverá, por seu lado, contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem contextualizada/ecológica da saúde e seus determinantes.

A inexistência de um quadro conceptual claro – ou sequer de uma taxonomia genericamente aceite – dos determinantes ambientais da saúde constitui obviamente dificuldade acrescida neste domínio. Exemplo de uma proposta interessante, ainda que vocacionada especialmente para a compreensão das desigualdades em saúde adoptando um enfoque ambiental, é o modelo de determinantes sociais da saúde e promoção da saúde ambiental de Schulz e Northridge (2004) – com o mérito adicional de integrar factores sociais e físicos em vários níveis de análise. Assim, ao nível macro (“Fundamental”), as autoras destacam os factores Macrossociais, o Ambiente Natural e as Desigualdades; no nível meso/comunitário (“Intermédio”) distinguem o Ambiente Construído e o Contexto Social; ao nível micro/interpessoal (“Proximal”) incluem os Stressores, os Comportamentos de Saúde e a Integração e Suporte Social; o modelo inclui ainda o nível a que se situam os Resultados de Saúde e Bem-estar.

Um aspecto a sublinhar, transparecendo também deste quadro teórico, é a forte interligação entre os vários tipos de factores ambientais e a consequente artificialidade de distinções entre dimensões, que levou alguns a propor o termo “ambiente sócio-físico” (Canter, Craik, 1981, citados em Wahl, Weisman, 2003), e outros a salientar a necessidade de integrar tradições de investigação habitualmente autónomas – como as do capital social (ou de “capacidade comunitária”) e as abordagens ecológicas de determinantes do ambiente físico e geográfico (e.g., Macintyre *et al.*, 2002; Stokols *et al.*, 2003)¹⁰².

¹⁰¹ Nas palavras de Krieger, sublinhando tais diferenças no campo da epidemiologia: “*Whether social epidemiological research conceptualises stress in relation to structural, interpersonal, cognitive, or biological parameters, and whether it uses “environment” as a term or metaphor that reveals or conceals the role of human agency and accountability in determining distributions of “stress”, depends on the underlying theories of disease distribution guiding the research*” (2001b, p. 698).

¹⁰² A tipologia de dimensões ambientais facilitadoras da saúde, de Stokols *et al.* (ob. cit.), é exemplo de uma conceptualização, é que visa integrar diferentes visões do que serão ambientes saudáveis – em especial as abordagens que tendem a enfatizar um de dois tipos de *assets* comunitários para a promoção da saúde: os Recursos Materiais e os Recursos Humanos. Nos primeiros os autores incluem: Capital Económico; Capital Natural; Capital

Na área mais específica do envelhecimento, a "meta-perspectiva" fornecida pelo trabalho de Lawton relativamente à relação do indivíduo idoso com o meio (teoria de "*Environmental Press*"), focando a interacção entre competências individuais e "pressões" ambientais, e salientando como funções do ambiente a manutenção, estimulação e suporte (v.g., Wahl, Weisman, 2003), pode constituir um referencial adicional produtivo para a análise relativa aos determinantes do ambiente "sócio-físico" no envelhecimento. Mais genericamente, o campo da Gerontologia Ambiental, embora sem uma teoria ou metodologia única, tem inspirado já investigação (e intervenções) relevantes, em especial com referência a aspectos como a habitação, contextos institucionais e decisões sobre residência (Wahl, Weisman, 2003) – mas com muito poucos trabalhos ainda sobre ambientes de nível mais amplo (bairro, região, rural vs. urbano) (Kendig, 2003).

A falta de um quadro teórico enquadrador único e o carácter fragmentário da própria evidência disponível dificultam a apresentação do que poderão ser determinantes ambientais particularmente relevantes para a saúde e bem-estar das pessoas mais velhas. De entre as opções feitas, refira-se a de seguir a mais tradicional distinção entre ambiente social e físico – não obstante a salvaguarda já sugerida quanto à artificialidade de uma tal separação e ao interesse de adoptar uma perspectiva integrada do ambiente "sócio-físico".

Quanto aos vários possíveis níveis ambientais contemplados, o ênfase gravita aqui para o intermédio/ meso/ comunitário - muito embora se incluam também nesta secção referências a determinantes de nível superior e inferior ¹⁰³. Para além das vantagens genéricas reconhecidas à intervenção PromS de base comunitária (cf., Cap. 1), a investigação tem vindo a acumular dados indicativos de que o ambiente local afecta a mortalidade, morbilidade e comportamentos de saúde da população (v.g., Balfour, Kaplan, 2002), sendo que diversas ordens de razões apoiam a ideia de que este possa ter importância acrescida nas idades avançadas. Assim, alguns autores referem recursos existentes a nível da comunidade – desde redes de sociabilidade a serviços de saúde e lojas, por exemplo - de especial relevância potencial para os mais velhos (v.g., Diez Roux, 2002; Cannuscio *et al.*, 2003; Robert, Li, 2001; Wen *et al.*, 2005). Citando Lawton e colegas (1973; 1977), Robert e Li (2001) salientam que, por um lado, a menor mobilidade dos mais velhos pode tornar a comunidade o ambiente "supra-pessoal" mais saliente (por contraponto à exposição a ambientes mais diversificados em idades mais jovens), ao mesmo tempo que essa saliência pode ser ainda acrescida face a ambientes comunitários mais exigentes em situações de redução das competências cognitivas, psicológicas ou físicas. Por outro lado, nas faixas etárias mais velhas, para além do maior tempo de permanência diária há também maior probabilidade de residência prolongada na mesma zona, traduzindo-se consequentemente em acrescida exposição cumulativa aos factores locais. Mas, argumentam ainda Robert e Li, mesmo face a iguais níveis de exposição a características comunitárias, o impacto na saúde dos idosos pode ser ganhar peso devido a maior vulnerabilidade destes. Acresce a favor do interesse por esta "dimensão local", como elucida Diez Roux, que embora sejam muitas as complexidades envolvidas no estudo da relação entre o "lugar" e a saúde, esta é também uma área particularmente rica de implicações para a promoção da saúde, já que "*neighborhood differences are not "naturally" determined but rather result from social and economic processes influenced by specific policies*" sendo por isso "*eminently modifiable and susceptible to intervention*" (2002, p. 518).

Ambiental feito pelo Homem; Capital Tecnológico. Nos Recursos Humanos distinguem Capital Social; Capital Humano e Capital Moral. A proposta de Macintyre *et al.*, (*ob. cit.*), também situada no nível comunitário será retomada adiante.

¹⁰³ Por exemplo, no ambiente social contempla-se o capital social, que pode também ser susceptível de análise a um nível macro/societal, e o suporte social, que se situa a um nível micro/proximal. Em contrapartida, outros factores macro - como as políticas de saúde, segurança social e outras (só, de resto, marginalmente abordados no presente trabalho) –, são remetidos para secção autónoma, tal como o é a Posição socioeconómica, muito embora pudessem ser admissivelmente aqui incluídos enquanto factores do ambiente social.

B.2.2.1. AMBIENTE SOCIAL¹⁰⁴

As relações sociais e, em particular, as **Redes e Suporte Social**¹⁰⁵ são um determinante da saúde bem estabelecido (v.g., Wilkinson, Marmot, 2003) e possivelmente, de entre os factores sociais, aquele cujo impacto tem sido mais estudado – inclusive na população idosa. A consistência nas associações observadas com a saúde é tanto mais significativa quanto é assinalável também a diversidade nas operacionalizações/ medidas de relações sociais utilizadas na investigação (Lubben, Gironda, 2003). De facto, neste domínio de considerável complexidade, inclui-se grande diversidade de aspectos: a *estrutura* das redes (e.g., tamanho, densidade); a caracterização das suas *interacções* (e.g., frequência, reciprocidade) e *funções* (e.g., informação, ajuda prática, apoio emocional e afirmação de valor pessoal) (Hawe, Shiell, 2000, p. 876). Quer como factor protector e recurso de saúde (em função, por exemplo, do número e diversidade de relações existentes, frequência de contacto, tipo de apoio que envolvem, etc.), quer como factor de risco (e.g., quando está em causa o conflito/relações stressantes, isolamento e solidão ou viuvez), os relacionamentos sociais têm sido associados à saúde mental, à mortalidade, morbilidade (com destaque para as doenças cardíacas) e recuperação da doença, à funcionalidade, incluindo o funcionamento cognitivo (e demência), à institucionalização e ao bem-estar/qualidade de vida dos mais velhos (v.g., Bogers *et al.*, 2005; Ferring *et al.*, 2003; Fletcher *et al.*, 1999; Fratiglioni *et al.*, 2004; Healthy Ageing, 2007; Minkler *et al.*, 2000; Seeman, Crimmins, 2001; Vaillant, Mukamal, 2001; WHO, 2002a).

Embora esteja pois já estabelecido que esta dimensão do ambiente social constitui, globalmente, um determinante importante de saúde e bem-estar dos idosos, é também patente que as facetas que são críticas/"eficazes" não só variam em função do *outcome* de saúde considerado, mas podem também apresentar diferentes padrões face a outras variáveis/ circunstâncias em presença. Assim, por exemplo, a natureza da relação entre estado civil e capacidade funcional parece depender, entre outros aspectos, do género, e do ESE (Stuck *et al.*, 1999); uma outra ilustração interessante é a observação de que o suporte de tipo instrumental poderá ter efeitos prejudiciais no declínio funcional – mas só nos homens mais velhos (*idem*; Avlund *et al.*, 2004b).

Por outro lado, a própria disponibilidade de suporte social/natureza das redes e relações sociais tende a variar em função de características sociodemográficas, havendo evidência, nomeadamente, de uma associação positiva, na população em geral, do suporte social com o ESE (v.g., Seeman, 1998)¹⁰⁶, que também tem sido observada nos idosos. Por exemplo, o projecto HALE encontrou relação entre reduzidos contactos sociais e baixo nível educativo nos idosos europeus (Bogers *et al.*, 2005). A situação mais extrema de pobreza é um factor de risco destacado para o isolamento e exclusão social (Wilkinson, Marmot, 2003). Mas, como adiante se verá, características contextuais, por exemplo da zona de residência, condições de trabalho, etc., dificultam ou promovem também a constituição e funcionamento das redes e suporte social.

Os mecanismos precisos através dos quais as relações sociais – e o ambiente social em geral – influenciam a saúde, estão ainda insuficientemente esclarecidos, muito embora haja já evidência em apoio da implicação de vias múltiplas. Estas incluirão quer factores psicológicos (e.g., auto-estima, sentimento de eficácia), quer factores comportamentais (já que as normas e relacionamentos interpessoais facilitam/dificultam a adopção e/ou mudança de comportamentos), quer ainda impactes fisiológicos mais directos (expressos por exemplo na carga alostática) (v.g., Ryff, Singer, 2005; Seeman, Crimmins, 2001).

¹⁰⁴ Como se referiu a delimitação dos aspectos que integram o "ambiente social" é difícil e necessariamente artificial. Seeman e Crimmins, numa revisão da literatura sobre efeitos do ambiente social na saúde e envelhecimento (2001), contemplam 3 grandes áreas: estatuto socioeconómico/ESE individual, rede pessoal de relações sociais e características sociais a nível da comunidade; na presente discussão iremos porém considerar só os dois últimos, sendo o ESE/posição socioeconómica abordado em B.2.3.1.

¹⁰⁵ As redes sociais (*social networks*) são definidas no H.P. Glossary como "relações sociais e laços entre indivíduos que podem possibilitar acesso a, ou mobilização de suporte social para a saúde" (Nutbeam, 1998, p. 19, trad. pr.). Este (*social support*), por sua vez, refere-se à assistência disponível – podendo incluir apoio emocional, partilha de informação e fornecimento de recursos materiais e serviços (*idem*, p.20).

¹⁰⁶ Há, por sua vez, também dados sugestivos de maiores níveis de conflito relacional associados a baixo ESE (*idem*).

Quanto ao tipo de relacionamentos relevantes, os grupos sociais primários – como família, amigos e vizinhos – serão, segundo Lubben e Gironde (2003, p. 322), a principal referência nas relações sociais e pessoais na idade avançada, salientando que se a família é muitas vezes considerada central, os amigos íntimos podem ser igualmente vitais, especialmente se as relações familiares forem deficitárias; por outro lado, observam que as pessoas idosas podem igualmente pertencer a uma diversidade de grupos sociais secundários (clubes, associações, etc.). Cannuscio e colegas vão mais longe, argumentando que o risco acrescido com a idade de perda de laços sociais cruciais pode aumentar a importância, para os mais velhos, das conexões sociais a nível da comunidade (Cannuscio *et al.*, 2003). Estudos como o de Walker e Hiller (2007) que, numa perspectiva qualitativa, revela a importância das relações de vizinhança para mulheres muito idosas vivendo sós, vêm em apoio desta ideia.

As facetas das redes e suporte social relevantes são inúmeras, e a literatura neste domínio é excessivamente extensa para que se possa empreender mais do que uma ilustração de alguma da evidência disponível. O projecto HALE inclui entre as suas mensagens chave a conclusão de que “*in the elderly social functioning is related to mortality and cognitive functioning*” (Bogers *et al.*, 2005, p. 12), incluindo (para além de outros riscos associados à viuvez, para os homens) um risco acrescido de mortalidade associado, nas mulheres, com poucos contactos sociais. Uma investigação empreendida por Avlund e colegas (2004b) aponta a diversidade das relações sociais como um factor importante na manutenção da capacidade funcional. Já a revisão de literatura de Stuck *et al.* (1999), sublinha a (reduzida) frequência de contactos como risco para o estado funcional. Um outro estudo, desta feita nos EUA (MONAS - 2000 *Missouri Older Adults Needs Assessment Survey*), encontra uma associação entre suporte social percebido (visitas a amigos/familiares, ter amigos íntimos para apoio emocional, e percepção de ajuda disponível em caso de doença ou incapacidade) e a qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQOL), com destaque para a saúde mental (Keyes *et al.*, 2005).

A situação quanto à coabitação dos idosos (em especial o viver só) e, mais genericamente a disponibilidade de suporte familiar são dos aspectos que tendem a receber mais atenção, quer pelas implicações para a organização de cuidados face à dependência, quer pelas possíveis repercussões mais amplas na saúde e qualidade de vida. Esta é uma preocupação acrescida pela potencial evolução negativa decorrente das alterações demográficas e culturais em curso (v.g., maior longevidade, mudanças nas estruturas familiares, maior participação feminina no mercado de trabalho, acréscimo de mobilidade geográfica). Em todo o caso, a investigação empreendida pela rede europeia FAMSUP/“*Family support for older people: determinants and consequences*” assinala que as tendências dos factores relevantes são complexas e variáveis. Apesar da significativa diversidade encontrada entre países estudados, pode-se por exemplo destacar, dos resultados deste projecto, que: as próximas gerações de idosos, com menos filhos, terão possivelmente menores recursos familiares que as actuais; a proporção de idosos a viver sós, que teve um acréscimo até aos anos 90, sofreu desde então uma estabilização ou mesmo retrocesso; parece provável um futuro aumento da diversidade das situações familiares e de coabitação nesta faixa etária (Tomassini *et al.*, 2004). Lubben e colegas (2006), desenvolveram e aplicaram uma escala para avaliar o isolamento social de pessoas idosas em populações de 3 países europeus, encontrando prevalências variáveis de isolamento ou risco do mesmo, entre os 11% e 20%, consoante o país/ amostra – situações que implicarão risco acrescido de incapacidade, pior recuperação em situação de doença e morte precoce¹⁰⁷.

Embora a literatura, nomeadamente epidemiológica, tenda a enfatizar a quantidade mais do que a qualidade das relações sociais, há também já trabalhos que, como salientam Ryff e Singer, apontam o papel das experiências emocionais relacionais – e nomeadamente, da história relacional cumulativa - em resultados positivos de saúde. Por exemplo, no inquérito MIDUS, homens e mulheres com mais vivências

¹⁰⁷ O peso deste factor de risco já foi aliás, saliente-se, considerado comparável – se bem que não especificamente para a população idosa - ao da hipertensão arterial, obesidade, hábitos sedentários e talvez até ao tabagismo (House *et al.*, 1988 – citado em Singer e Ryff, 2001).

relacionais positivas e menos negativas apresentavam melhor saúde global e menos sintomas e problemas crónicos (2005). Segundo estes autores, dados deste e doutros estudos sugerem um papel das relações sociais positivas na resiliência, podendo constituir factor protector em situações de desvantagem, por exemplo, socioeconómica.

Mas os problemas relacionais podem ter igualmente efeito negativo na saúde. Não só ao nível da saúde mental (onde o impacto de características relacionais negativas se afigura inclusive maior que o das positivas - Seeman e Crimmins, 2001), mas também da saúde física - como sugerido, por exemplo, pelas alterações fisiológicas experimentalmente detectadas (nas mulheres, mas não nos homens) na sequência de uma situação de conflito/discussão conjugal de 30 minutos (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1997, citados em Singer, Ryff, 2001). Situações mais extremas, abordadas noutros pontos do trabalho, são as de violência e negligência/abuso e as de perdas/luto.

Uma vertente qualitativa das relações sociais que importa não olvidar é a questão da reciprocidade. Walker e Hiller, por exemplo, num estudo qualitativo realizado junto de mulheres muito idosas (idade média 82 anos), observam que estas “*did not see themselves as passive recipients of support or social networks, instead describing themselves as actively ‘giving back’ by, for example, providing support for family and/or friends/ neighbours*” (2007, p.1162). Este aspecto justificará de resto especial atenção no que concerne às pessoas idosas, por contraponto à tendência para enfatizar a dependência e as necessidades de apoio. Aliás, indo além da afirmação de metas de independência, tem-se vindo a salientar como orientação para as políticas/serviços a ideia de interdependência (v.g. ADSS, LGA, 2003; Wistow *et al.*, 2003), apontada como “*a central component of older people’s well-being; to contribute to the life of the community and for that contribution to be valued and recognised*” (Audit Commission, 2004a, p. 3). Esta corresponderá de resto a uma imagem mais ajustada da actual realidade já que, para além de outros papéis activos na família e na sociedade, pode-se salientar por exemplo que uma proporção importante dos prestadores de cuidados informais são eles próprios pessoas idosas (*idem*).

Se o papel de cuidador acarreta também reconhecidos riscos para a saúde (v.g., Bowling, 2004a), os potenciais benefícios de prestar suporte social – quer a nível familiar, quer num círculo mais alargado, de amigos, vizinhos ou voluntariado – tem sido também já objecto de investigação. Assim, por exemplo, os resultados do *MacArthur Successful Aging Study* (citados por Minkler *et al.*, 2000) mostram efeitos benéficos para a capacidade funcional física do envolvimento em actividades de voluntariado (que serão independentes do acréscimo de actividade física).

A noção de participação – aprofundada noutro ponto (cf. B.1.1.3; B.2.1.3) – capta esta componente mais activa da integração social, estabelecendo por outro lado uma “ponte” entre o nível das relações sociais de proximidade e níveis mais amplos que se estendem às relações de vizinhança, de comunidade e mais genericamente à sociedade.

Conceitos como “capital social” e “coesão social” – “*proposed (and contested) as population level psychosocial assets*” (Krieger, 2001b, p. 696) – são alguns dos mais frequentemente usados para captar essa dimensão mais “macro” das relações sociais. Porventura dos conceitos mais discutidos nos últimos anos na epidemiologia social (Solar, Irwin, 2007), são ainda também objecto de ambiguidade, definições bastante diversas e forte polémica¹⁰⁸.

De acordo com a definição do *H.P. Glossary* “o *capital social* representa o grau de coesão social que existe nas comunidades; refere-se aos processos entre as pessoas que estabelecem redes, normas e confiança social e facilita a coordenação e cooperação para benefício mútuo” (Nutbeam, 1998, p. 19, trad. pr.). Cria-se nas interacções quotidianas e ganha corpo em normas (de confiança, altruísmo, voluntariado) e em estruturas formais (como grupos cívicos e religiosos), pertenças familiares e redes comunitárias informais (*idem*). Note-se, porém, que pode também funcionar de forma negativa para a saúde e bem-estar colectivo – como será o caso dos ‘gangs’ ou de comunidades com funcionamento xenófobo.

¹⁰⁸ Szreter e Woolcock sugerem aliás que o Capital Social se arrisca a tornar-se “*one of the ‘essentially contested concepts’ of the social sciences. These are concepts that are simply too politically and ideologically important for those at any point on the political spectrum to concede to a definition [...]*” (2004, p. 654).

Uma distinção habitual quanto às dimensões que integram este conceito multifacetado diferencia componentes *cognitivas* (normas, valores, atitudes, crenças) e *estruturais* (densidade das redes, padrões de envolvimento cívico, etc.), verificando-se, numa revisão de literatura recente, que a maioria dos estudos recorre a alguma combinação de ambas as formas, que se poderão considerar complementares (Islam *et al.*, 2006). Mais polémica e complexa é a questão do nível adequado de conceptualização e análise. Enquanto algumas abordagens mais restritas encaram o capital social (CS) como uma propriedade dos indivíduos, no extremo oposto outras há que descrevem sociedades inteiras como tendo mais ou menos CS, enquanto vários autores advogam posições intermédias (Solar, Irwin, 2007; Szreter, Woolcock, 2004)¹⁰⁹. Os dados empíricos não permitem ainda opções claras sobre a adopção de abordagens individuais *versus* colectivas (e mecanismos e implicações de intervenção que lhes subjazem), ou ainda sobre se as associações encontradas a nível territorial correspondem a efeitos composicionais/ agregados ou contextuais¹¹⁰ - sendo porém de admitir que o recurso crescente a estudos multiníveis possa vir a esclarecer alguns destes aspectos (v.g. Islam *et al.*, 2006; Manysur *et al.*, 2008; Poortinga, 2006a; 2006b).

A tendência dominante no campo penderá para uma abordagem mais micro, de que pode ser considerada representativa a perspectiva de Putman (com um foco essencialmente limitado ao nível relacional, no indivíduo enquanto membro de um grupo), que tem sido criticada nomeadamente por ignorar o contexto histórico e social mais vasto em que tais relações se inserem. Outras críticas a (algumas definições d) o conceito de CS (e coesão social) sublinham o risco que envolve de ser usado como “substituto” a mudanças estruturais (encorajando uma desresponsabilização estatal pela saúde), e opõem à atenção aos aspectos relacionais e psicossociais a importância primordial da distribuição dos recursos e das condições socioeconómicas/materiais – nomeadamente na explicação das iniquidades em saúde (*idem*; Hawe, Shiell, 2000)¹¹¹.

Sem dispor de uma conceptualização unificadora e com o debate ainda em aberto quando às várias definições, seu suporte empírico e implicações para a (promoção da) saúde, valoriza-se aqui uma perspectiva de CS como propriedade colectiva, que não se cinja ao plano individual¹¹², nem exclusivamente a relações interpessoais horizontais (i.e., entre indivíduos da mesma comunidade ou grupo) (Whitehead, Diderichsen, 2001), abarcando como possivelmente complementares os diferentes aspectos - relacionais, materiais e políticos -, que lhe têm sido imputados (Hawe, Shiell, 2000). Um entendimento de CS indo além do nível das relações informais e do suporte social e, explicitando além disso, o papel do Estado/ instituições, permitirá, como é defendido pela CSDH da OMS, situá-lo enquanto importante determinante quer da saúde, quer das iniquidades sociais em saúde (Solar, Irwin, 2007)¹¹³. A distinção entre três tipos de CS – correspondendo aos três tipos de relações sociais nas quais as pessoas estão envolvidas – parece ser nesse sentido útil: CS de “*laços*”/ *Bonding* SC “*refers to trusting and co-*

¹⁰⁹ A revisão de literatura de Macinko e Starfield (2001) sobre as definições e uso do conceito, destaca precisamente como uma das vertentes de falta de consenso o nível em que deve medido e conceptualizado o CS, distinguindo pelo menos quatro níveis: o *macro*, remetendo para o contexto histórico, social, político, económico; o *meso*, relativo às características dos bairros ou comunidades; o nível *individual* dos *comportamentos* (por exemplo, a pertença a grupos/associações, a cooperação, ou o voto) ou das *atitudes* (constructos psicológicos como a confiança nos vizinhos, no governo e as expectativas de reciprocidade).

¹¹⁰ Poortinga observa a este respeito: “*Ecological studies are somewhat problematic, as their results are open to individualist as well as collective interpretations [...]. Variations between (geographical) settings could indicate a genuine collective effect, but could also reflect differences in composition. [...] In addition, the individual and collective approaches may not necessarily be in conflict. It may be that, over and above the individual effects of social networks and support, social capital collectively contributes to people's subjective health at the national level*” (2006a, p. 294).

¹¹¹ Outros autores discordam até em definitivo do recurso aos conceitos de CS e coesão social (v.g., Navarro, 2007).

¹¹² O nível mais micro/individual do “ambiente social” é neste trabalho equacionado através das atrás exploradas noções de redes e suporte social, reservando-se a designação de capital social/coesão social para uma conotação preferencial com características colectivas (seja a um nível de análise meso ou macro/societal) uma distinção que Poortinga, por exemplo, também defende, apoiando-se em diversos outros autores, e clarificando que: “*Whereas social capital is part of a societal structure, social networks and support refers to the social embeddedness of individuals*” (2006b, p. 256).

¹¹³ Ver (B.1.2) discussão deste tema e do modelo proposto pela CSDH, em que o capital social/coesão social, surge como determinante transversal, já que tanto pode ser visto tanto no plano dos determinantes estruturais como dos determinantes intermédios da saúde.

operative relations between members of a network who see themselves as being similar, in terms of their shared social identity"; CS de ponte/Bridging SC *"relations of respect and mutuality between people who know that they are not alike in some socio-demographic (or social identity) sense (differing by age, ethnic group, class, etc)"*; e ainda (acrescentando uma dimensão vertical, de relação entre os cidadãos e as instituições) o CS de ligação/Linking SC: *"norms of respect and networks of trusting relationships between people who are interacting across explicit, formal or institutionalized power or authority gradients in society"* (Szreter, Woolcock, 2004, pp. 654-655).

Um dos poucos estudos que se ocupa especificamente da relação entre o capital social e a saúde na população mais velha (Pollack, von dem Knesebeck, 2004) ilustra algumas das complexidades desta área de investigação. Visando uma análise comparativa de dois países (Alemanha e EUA) quanto à relação do capital social e saúde em pessoas não institucionalizadas de 60 e mais anos, os autores operacionalizam o CS através de três medidas ao nível individual - duas atitudinais/ cognitivas (reciprocidade e confiança cívica) e uma comportamental/ estrutural (participação em grupos) – , e a saúde através de três indicadores (auto-avaliação global de saúde, limitações funcionais e depressão); incluem-se ainda medidas de suporte emocional e contacto social, bem como outras potenciais co-variantes. Os resultados revelam uma associação entre o CS a nível individual e a saúde – mas que varia consoante os indicadores de CS, de saúde e o país. Assim, a falta de reciprocidade e a desconfiança associam-se com pior saúde subjectiva nos dois países, mas a segunda só é relevante para a depressão e limitação funcional nos EUA; já participação só tem associação com a auto-avaliação da saúde e a depressão na Alemanha. Por outro lado, a distribuição do CS apresenta diferenças, quer entre os dois países, quer no interior de cada sociedade – resultados que os autores consideram sugestivos da importância de considerar características de nível macro a par do CS ao nível individual. Procedendo a uma análise adicional das relações deste último com as medidas de suporte emocional e contactos sociais Pollack e Knesebeck voltam a encontrar padrões diversificados, que consideram apoiar a noção de que embora interligados, CS individual e suporte/contactos sociais são conceitos empiricamente distintos.

Várias vertentes do ambiente social (enquadradas ou não na noção de CS), pertinentes para a população idosa, têm sido abordadas a partir do enfoque num nível "meso" de análise equacionado com comunidades ou zonas de residência (ou outros *settings*) – plano que, como se viu, apresenta virtualidades do ponto de vista da intervenção em PromS (cf. Cap. 1), bem como potencialidades acrescidas em termos de exploração da interacção de diferentes tipos de variáveis. Macintyre e colegas (2002), elaboraram uma proposta de referencial organizativo das características do "lugar" /bairro relevantes para a saúde, incluindo vários tipos de factores, tanto físicos como sociais, no âmbito da qual consideram como especialmente útil a distinção (mas não a oposição¹¹⁴) entre:

- funcionamento e práticas sociais colectivas: estas incluirão aspectos como a reputação de uma zona (que pode influenciar quer, por exemplo, a auto-estima dos residentes, quer a infra-estrutura da zona) e uma diversidade de características socioculturais locais – que incluem mas, alertam os autores, não se devem cingir, ao CS/ coesão social, abrangendo outros aspectos da história/cultura da comunidade (e.g., papéis considerados adequados "à idade");
- recursos materiais ou infra-estruturas: que conceptualizam como estruturas de oportunidade/*opportunity structures*: *"socially constructed and socially patterned features of the physical and social environment which may promote or damage health either directly, or indirectly through the possibilities they provide for people to live healthy lives"* (ob. cit., p. 132) e em que incluem aspectos do ambiente físico comuns a toda a zona (e.g. qualidade da água ou clima), mas também ambientes mais delimitados (habitação, trabalho, recreação) e ainda os serviços, públicos ou privados, localmente disponíveis.

¹¹⁴ Macintyre *et al.* sublinham que não querem introduzir mais uma falsa polaridade já que, não só a saúde num dado lugar pode resultar de ambos os tipos de factores como, para além disso, *"under different historical or socioeconomic circumstances, for different health outcomes, and for different population groups, collective social functioning and material infrastructure explanations may differ in importance, or operate additively or interactively"* (2002, p. 131).

A potencial importância acrescida da zona de residência para os mais velhos, bem como a articulação deste tipo de factores, é apoiada por exemplo pelo estudo qualitativo de Ziersch *et al.* (2005), que assinala uma especial relevância de laços sociais fortes no bairro para este, como para outros grupos, considerados mais “*neighbourhood-dependent*”. Por outro lado, um dos aspectos explorados pela investigação em causa é a forma como a acumulação de CS é afectada por outro tipo de recursos, incluindo a infra-estrutura social e física da comunidade – confirmando (ainda que não especificamente para os mais velhos) ligações entre certas características da infra-estrutura urbana e as interacções sociais (Baum, Palmer, 2002; Ziersch *et al.*, 2005). Assim, por exemplo, entre os adultos estudados, encontraram-se maiores níveis de participação social e cívica em zonas onde as pessoas tinham uma imagem positiva do meio, onde havia espaços verdes e áreas abertas e onde existam bastantes “estruturas de oportunidade” (Baum, Palmer, 2002).

É também a questão da inter-relação entre CS e planeamento urbano /ambiente residencial, e a sua contribuição para o envelhecimento bem sucedido que subjaz ao artigo de Cannuscio *et al.* (2003). Partindo da constatação de que as mortes decorrentes da onda de calor em Chicago em 1995 atingiram desproporcionadamente não só idosos vivendo sós, mas especialmente os que residiam em comunidades com reduzida interacção social em espaços públicos e elevada criminalidade, os autores discutem os méritos e desvantagens relativos de vários tipos de “ambientes habitacionais”¹¹⁵ para a construção de CS. Um estudo qualitativo junto de mulheres entre os 75 e 93 anos, explorando as suas perspectivas sobre as dimensões social e física da zona em que residiam, sugere que estas duas vertentes poderão estar estreitamente interligadas na própria forma como as pessoas experienciam o seu bairro (Walker, Hiller, 2007). Por sua vez, Bowling *et al.* (2002), numa investigação junto de britânicos de 65 e mais anos, verificam que o CS do bairro, operacionalizado em termos de qualidade de infra-estruturas e segurança, se encontra entre os preditores independentes principais de um modelo multidimensional da qualidade de vida percebida (sendo os restantes comparações e expectativas sociais, características psicológicas, saúde e funcionalidade, e o que designam como capital social pessoal - traduzido em actividades e contactos sociais, suporte social e sentimento de solidão).

A questão da **segurança face ao crime** - e, acrescentar-se-ia, como temática relacionada mais genérica, a **violência e abuso** (WHO, 2002a) - são aspectos específicos do “ambiente social” que parecem justificar especial atenção no que concerne à saúde e bem-estar dos idosos.

Relativamente ao problema da segurança/crime é de assinalar que a sua relação com a saúde e qualidade de vida dos mais velhos pode ser considerada tanto a partir de indicadores objectivos de criminalidade (nomeadamente na zona de residência), como subjectivos, de percepção/medo de crime – tanto mais que os dois tipos de indicadores poderão divergir, de acordo com o “*paradoxo de medo de vitimização*”, segundo o qual a população idosa seria particularmente vulnerável ao medo do crime, muito embora estatisticamente tenha até menor probabilidade de ser vítima (v.g., Bowling, 2004a; De Donder *et al.*, 2005)¹¹⁶. Existindo investigação que relaciona a (percepção de) segurança com a qualidade de vida, saúde física e mental, funcionalidade e comportamentos relevantes para a saúde, os resultados nem sempre são, porém, claros. Assim, por exemplo, esta dimensão é frequentemente incluída em pesquisa que analisa a actividade física dos idosos em relação com características do ambiente – mas embora a criminalidade seja por vezes mencionada pelos idosos como obstáculo ao envolvimento em actividade

¹¹⁵ Cannuscio e colegas (*ob. cit.*) abordam várias das alternativas disponíveis para os idosos nos EUA: para além da institucionalização ou da permanência da residência habitual, focam ainda a opção das comunidades fechadas/“*Gated Communities*”, dos ambientes de cuidados planeados/“*Planned Care Environments*” e da residência assistida/“*Assisted-Living Developments*”.

¹¹⁶ A revisão de literatura e o estudo efectuados por De Donder e colegas (2005), procurando explorar os factores principais que poderão explicar o medo do crime entre os idosos, são sugestivos, apesar da falta de consensualidade da investigação (não só quanto aos factores mas também quanto à própria ocorrência do referido paradoxo de medo de vitimização), de uma possível implicação de aspectos diversos que, para além da evidência/experiência directa de crime podem incluir, e.g., factores pessoais (género, rendimento, vulnerabilidade física, solidão), características físicas e sociais da zona de residência e exposição à televisão.

física (v.g., Wilcox *et al.*, 2000), em vários dos estudos revistos por Cunningham e Michael (2004) não se encontrou associação significativa entre estas variáveis.

A violência e abuso¹¹⁷ face a idosos pode ser de natureza física, sexual, psicológica, emocional ou financeira, ou traduzir-se em negligência, e ocorrer em diversos contextos, em que habitualmente se destacam a família e as instituições (v.g., Wolf *et al.*, 2002; Healthy Ageing, 2007). Só recentemente reconhecido como um problema universal (UN, 2002¹¹⁸; Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse, 2002), tem ainda escassa visibilidade pública e será em geral pouco comunicado/participado - tanto mais que os perpetradores serão maioritariamente familiares, bem como prestadores de cuidados institucionais (WHO, 2002a) e a consciência social e sensibilidade para este problema é ainda reduzida, podendo algumas atitudes e comportamentos ser inclusive consideradas “normais” num quadro cultural e de valores que favorece a discriminação dos mais idosos (*ageism*¹¹⁹). O Relatório Mundial da OMS sobre Violência e Saúde, no capítulo específico relativo aos idosos, aponta estimativas da ordem dos 4 e 6% de situações de abuso e negligência em contextos domésticos, salientando que, no que concerne à ocorrência em contextos comunitários e institucionais, os valores tenderão a ser superiores às estatísticas oficiais de violência sobre idosos, já que mortes decorrentes de negligência ou abuso serão com frequência atribuídas a causas naturais, acidentais ou desconhecidas (Wolf *et al.*, 2002). É também ainda insuficiente a investigação sobre o tema (v.g., Bonnie, Wallace, 2003), mas, sintetizando o conhecimento já disponível, o referido relatório da OMS aponta a adequação do recurso a um modelo ecológico de explicação do fenómeno, que atenda a factores (de risco) ao nível individual, relacional, comunitário e societal. As consequências são naturalmente muito diversas, dependendo também do tipo, gravidade e duração do abuso, mas, para lá das mais visíveis e directas, como lesões, por vezes fatais, está também documentado por exemplo sofrimento psicológico intenso e possível risco acrescido de morte (Wolf *et al.*, 2002). Como sublinham a OMS e a UN, a gravidade potencial destes actos face aos idosos é acrescida pela possível presença de factores vários de vulnerabilidade (física, económica, social), implicando que os abusos mais facilmente se traduzam em traumas físicos e psíquicos sérios e permanentes. (UN, 2002; Wolf *et al.*, 2002). Uma vertente específica de abuso que tem vindo a merecer atenção crescente é a de “*Consumer fraud*” (v.g. UN, 2002).

Diversas outras temáticas caberão no âmbito de uma abordagem da relação do ambiente social com a saúde dos idosos – mas uma área de investigação que merecerá especial referência, recebendo atenção crescente nos últimos anos, é a do estudo das desigualdades em saúde numa perspectiva de contextualização territorial de **factores socioeconómicos**¹²⁰, pobreza, privação e exclusão social. Em Portugal a pesquisa indica que as desigualdades/ variações geográficas em saúde estão fortemente ligadas (entre outros) a factores do meio social e económicos (Santana, 2005). Numa revisão de 25 estudos investigando efeitos de características sociais, contextuais, da zona de residência sobre a saúde da população (com ajustamento para o ESE individual, i.e., efeito composicional), Pickett e Pearl (2001) encontram, em quase todos, consistentes efeitos contextuais independentes na saúde, ainda que modestos e geralmente inferiores aos efeitos composicionais. No entanto, por exemplo, o estudo conduzido por Robert e Li (2001), atentando às variações etárias na associação entre ESE comunitário e saúde, é sugestivo de um especial importância de uma abordagem “local” para a população mais velha, já que, especificamente na faixa etária dos 60 aos 69, encontram efeitos do ESE comunitário mais fortes do que do que acontece em idades inferiores ou superiores, e que são também mais fortes que, ou comparáveis, ao impacte do ESE individual na saúde. Outra investigação, focando especificamente a

¹¹⁷ “*Elder Abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person*” (Toronto Declaration - WHO, 2002).

¹¹⁸ A “negligência, abuso e violência” é um dos temas focados no Plano de Madrid/II WAAA, que inclui como objectivos a sua eliminação (§110), bem como a criação de serviços de apoio focando o abuso de idosos (§111).

¹¹⁹ Esta questão do preconceito etário – que pode também ser considerada uma das vertentes mais macro do ambiente social – é retomada noutro ponto (B.2.3.1).

¹²⁰ Estes factores são aqui unicamente explorados numa perspectiva contextual/territorial - sendo aspectos como a abordagem mais global das desigualdades sociais em saúde ou a posição socioeconómica dos indivíduos remetidos para outras secções.

população idosa, sugere que aspectos como a comorbilidade, a auto-avaliação da saúde e a incapacidade poderão ser particularmente sensíveis ao nível socioeconómico do bairro de residência independentemente do ESE individual (Balfour, Kaplan, 2002). No que concerne aos efeitos contextuais da comunidade na mortalidade dos mais velhos, Wen e colegas (2005) assinalam que os resultados da investigação já disponível são ainda pouco consistentes; em todo o caso, o seu próprio estudo prospectivo, em que o bom ESE da área (de acordo com indicadores de afluência económica, recursos educacionais agregados e pobreza) se revela forte preditor da mortalidade pós-hospitalização de idosos, é sugestivo de um papel protector do contexto socioeconómico local a nível da mortalidade também nas idades avançadas¹²¹. Muito embora o mais frequente seja a consideração dos efeitos independentes das características da área, importa também considerar possíveis efeitos de interacção com a posição social dos indivíduos – como revela a pesquisa de Breeze e colegas (2005), que recorrendo ao índice de Carstairs¹²² para operacionalizar áreas de privação, encontra, para aspectos de qualidade de vida relacionada com a saúde, quase o dobro do risco em idosos que acumulam a desvantagem de pertencer a classes sociais mais baixas e viver em zonas de maior privação.

B.2.2.2. AMBIENTE FÍSICO

Embora o estudo dos determinantes neste âmbito tenha sido negligenciado, como salienta nomeadamente Stuck *et al.*, na sua revisão de literatura sobre a incapacidade nos idosos (1999), parece registar-se nos últimos anos um acréscimo de interesse pelo impacto do meio físico envolvente na saúde (Cunningham, Michael, 2004), existindo já vários trabalhos, que abarcam diversas dimensões, níveis de análise e *outcomes* de saúde.

Aspectos do ambiente **natural** e modificado, como a qualidade do ar (interior e exterior), poluição, radiação, e exposição a substâncias tóxicas diversas, ruído, saneamento/gestão de resíduos, água, segurança alimentar e clima, constituem alguns dos tópicos que integram uma definição tradicional e mais restrita de saúde ambiental. Doentes crónicos e idosos mais fragilizados podem estar em situação de risco acrescido relativamente a alguns destes factores. Merecerão particular atenção, designadamente, o potencial efeito nefasto de alguns poluentes ambientais e dos extremos de temperatura (em especial dentro de casa). A este último propósito é de sublinhar que, ao contrário do que se poderia pensar, zonas de clima mais ameno, como Portugal, parecem no entanto ter um excesso de mortalidade de inverno maior do que, por exemplo, países da Escandinávia - que tudo indica estará sobretudo ligado às condições de temperatura interior, dependentes nomeadamente das condições de habitação e capacidade de assegurar o seu aquecimento (Thomson, Petticrew, 2005).

No entanto, para lá desta definição mais estrita de ambiente físico, outros aspectos nomeadamente do **ambiente construído** recebem atenção crescente pelas suas relações, directas e indirectas, com a saúde e com os comportamentos que a influenciam.

A **habitação** (em termos de disponibilidade e qualidade/características) tem comprovada influência na saúde e bem estar da população em geral (Thomson, Petticrew, 2005; Bonnefoy, 2007), sendo considerada um dos determinantes sociais básicos e, desde há muito, uma preocupação de saúde pública (v.g., Krieger, Higgins, 2002). A relevância da influência do ambiente doméstico sobre a saúde, funcionalidade e qualidade de vida dos mais velhos (e daqueles que deles cuidam), torna-se tanto maior quanto este é o contexto primordial - e preferencial - de vida desta população. De facto, não só a grande

¹²¹ Este mesmo estudo observa porém a redução deste efeito do ESE comunitário quando são consideradas simultaneamente factores sociais, com destaque para a segurança no bairro, que surge nesta pesquisa como o mais forte determinante da sobrevivência de idosos com diagnósticos médicos graves (Wen *et al.*, 2005).

¹²² Baseia-se em indicadores de prevalência, no território, de desemprego, baixa classe social, não possuir carro e sobrelotação.

maioria dos idosos vive em casa (só uma minoria está em instituição/habitação colectiva), como vários estudos mostram ser também aí que ocupam a maior parte do seu tempo, situação que tende a acentuar-se face a acréscimo de incapacidade e diminuição da esfera de acção (Gitlin, 2003; Oswald *et al.*, 2005). Tal contribuição da habitação para a promoção da saúde e bem-estar deste grupo é destacada, por exemplo, nos trabalhos da II Assembleia Mundial do Envelhecimento (v.g. UN, 2002) e os próprios idosos a salientam como um factor importante para a manutenção da sua independência e a qualidade de vida (Audit Commission, 2004a; Bryant *et al.*, 2004; ver também *Age-Friendly Cities* - WHO, 2007a).

As dimensões pertinentes ao nível da habitação são diversas. Desde logo há os aspectos económicos subjacentes ao acesso e manutenção da habitação – características a este nível (e.g. ser proprietário) têm sido associadas a diferenças de mortalidade e morbilidade (Hillemeier *et al.*, 2006; Thomson, Petticrew, 2005), à qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos (Breeze *et al.*, 2004), e ao declínio funcional/mobilidade após os 75 anos (Avlund *et al.*, 2004a). Há ainda questões de qualidade básica das habitações: factores como a humidade, sobrelotação, inexistência de saneamento, e estrutura da casa, por exemplo, implicam risco acrescidos de doenças infecciosas, problemas respiratórios (Stein, Moritz, 1999); inúmeros outros factores podem também envolver perigo para a saúde – como a má qualidade do ar, extremos de temperatura, ruído, etc. (Thomson, Petticrew, 2005).

No que concerne aos idosos, uma aspecto particularmente valorizado são as implicações das condições de habitação para a manutenção da independência/autonomia e inclusive para a viabilização da permanência no domicílio em circunstâncias de incapacidade e/ou que requeiram cuidados de longa duração (v.g., Audit Commission, 2004a; WHO, 2002b).

A avaliação e adaptação/concepção de ambientes numa perspectiva de *design* universal, remoção de barreiras e factores que envolvam risco de quedas e outros acidentes¹²³, bem como a introdução de tecnologias ou outras modificações que compensem perdas de capacidade, promovam a funcionalidade e o bem-estar ou facilitem a prestação de (auto-)cuidados, são algumas dimensões crescentemente consideradas na relação entre a habitação e a funcionalidade (v.g., Audit Commission, 2004a; Thomson, Petticrew, 2005; WHO, 2002b).

Por outro lado, são também importantes os significados simbólicos associados à habitação, havendo estudos que apontam o seu papel na promoção dos sentimentos de normalidade e identidade, e a sua actuação como *buffer* face à ameaça de perda de autonomia e de controle em situações de declínio, perdas ou doenças crónicas (Gitlin, 2003).

Caberá aqui uma referência à proposta de Oswald *et al.* (2005), que sublinha que em termos da habitação dos idosos (entendida como integrada num dado bairro), não importam só as condições objectivas mas também as necessidades pessoais subjectivas. Os autores (inspirando-se no modelo de complementaridade/congruência de Carp e Carp) distinguem, nas necessidades relativas ao ambiente físico da casa, as básicas (i.e., orientadas para a manutenção da autonomia face às actividades e competências quotidianas) e as de “ordem superior”/*higher-order* (referente a domínios desenvolvimentais mais subjectivos, como privacidade, conforto, familiaridade, estimulação ou actividades favoritas)¹²⁴. Este modelo pressupõe que o que é relevante para a qualidade da habitação será, não tanto as necessidades subjectivas ou as condições objectivas do meio, mas o “ajustamento indivíduo-ambiente” percebido. Os dados obtidos por estes investigadores, suportam a validade de distinção entre diferentes tipos de

¹²³ Quanto a acidentes domésticos, o projecto Lares por exemplo, identifica, no quadro europeu, como factores de risco na habitação: “*badly designed staircases, slippery floor materials and unfixed carpets, electrical installations, poor lighting, crowding and too little work space, and noise exposure leading to tiredness and decreased attention*” (Bonney, 2007, p. 421). Com relação especificamente às quedas de idosos a revisão de evidência sobre habitação da HEN aponta que “*Environmental modifications to the home, e.g. removing clutter and electrical cords, securing rugs and installing hand rails, can also help reduce falls in the elderly by up to 60%*” (Thomson, Petticrew, 2005, p. 9); também a síntese de evidência quando ao papel das modificações da habitação na prevenção acidentes de idosos conclui que “*extrinsic risk factors for falls and fall-related injuries include the presence of a range of hazards within the home, including loose carpets, clutter on the stairs and slippery surfaces*” (Towner, Errington, 2004) enquanto o relatório da HEN dedicado ao problema das quedas nos idosos dá como exemplos de riscos ambientais “*poor lighting, slippery floors, uneven surfaces, etc.*” (Skelton, Todd, 2004, p.9).

¹²⁴ Os autores acrescentam ainda uma dimensão de necessidades habitacionais sociais.

necessidades; sugerem, também que, efectivamente, índices de “ajustamento” permitem uma interpretação mais diferenciada das questões da habitação do que a informação individual ou ambiental separadas. Tal perspectiva poderá ser útil na explicação da falta de consistência e dificuldade de generalização por vezes verificada, por exemplo, na investigação que procura relacionar condições habitacionais e consequências de saúde/funcionalidade (Gitlin, 2003).

Assim, e embora haja já bastante investigação sobre o “ambiente doméstico” – nomeadamente na perspectiva da Gerontologia Ambiental, de que é uma das temáticas clássicas (Wahl, Weisman, 2003) – muitas questões há ainda por responder, sendo também desejável um maior enquadramento teórico da pesquisa (Gitlin, 2003).

Também os contextos de vida institucional – ou outros “**ambientes planeados**” (Wahl, Weisman, 2003) -, têm naturalmente merecido significativa atenção encontrando-se, por exemplo, relações entre as características físicas (e sociais) dos espaços/instituições e o nível de competência dos idosos, as actividades de lazer ou os comportamentos e contactos sociais (*idem*).

Ainda no domínio do “ambiente construído”, e situando-se na confluência da saúde pública com temáticas como o planeamento urbano, a zona/**bairro** de residência constitui um nível de análise pertinente, podendo ter influência em diversos *outcomes* de saúde dos idosos e, mais genericamente, inclusive na sua possibilidade de independência e de permanência na comunidade (Cunningham, Michael, 2004). Embora ainda escassa, existe já alguma investigação, tocando diversas dimensões quer da saúde, quer do ambiente. Por exemplo, dados do *Alameda County Study* mostram aumento no risco de perda de capacidade funcional física nos idosos que identificavam mais problemas no seu bairro, com destaque para o ruído excessivo, iluminação deficitária e trânsito intenso (Balfour, Kaplan, 2002). Num estudo longitudinal com população idosa residente na megacidade de Tóquio verificou-se uma associação significativa entre a mortalidade e factores de qualidade ambiental na zona de residência: existência de espaços para passear, parques e ruas arborizadas, horas de luz na habitação e ruído de trânsito ou indústria (Takano *et al.*, 2002). Por outro lado, a consulta às próprias pessoas idosas permite inventariar uma série de aspectos por estas valorizados nos espaços urbanos, como sucedeu no recente projecto “*Age-friendly cities*” liderado pela OMS, resultando num guia e *check-list* de características abrangendo diversos temas – espaço exterior e edifícios, habitação, transportes, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, serviços de saúde e comunitários (WHO, 2007a,b). São exemplos de aspectos incluídos no primeiro desses tópicos: espaços limpos e áreas verdes, locais para sentar, casas de banho públicas, acessibilidade de serviços e edifício, pisos adequados, iluminação e outros aspectos de segurança rodoviária e face ao crime.

Aspecto que tem vindo a merecer atenção crescente é o benefício para a saúde física, mental e para o bem-estar que advêm de passar tempo em espaço exterior e, em especial, do contacto com a natureza (em vários graus, que podem ir da simples visão de áreas verdes, ao seu usufruto, ou ainda a um envolvimento mais activo, como na jardinagem, por exemplo - Pretty *et al.*, 2005), havendo indicações de que os idosos poderão daí retirar especiais vantagens (v.g. Maas *et al.*, 2006; Milligan *et al.*, 2004). Uma revisão de literatura do Swedish National Institute of Public Health, ocupando-se especificamente destas questões entre os mais velhos, salienta, por exemplo: “*surveys show that those who regularly spend time in green areas are healthier, less depressed and less dependent on medicines*” (Brandt, 2005), recenseando uma série de efeitos positivos a nível físico (redução da pressão arterial, do peso, da dor, etc.), emocional, cognitivo e social – a par dos obstáculos que importam superar para permitir o seu usufruto pelos idosos.

Mas o foco de atenção predominante na literatura recente quanto à associação entre ambiente construído e a saúde dos idosos refere-se porventura à actividade física. A revisão de literatura efectuada por Cunningham e Michael conclui que este domínio está, mesmo assim, ainda na sua infância, com um número limitado de estudos, modelos teóricos subjacentes diversos e dificuldades de mensuração, que contribuem para resultados inconsistentes (2004). De qualquer modo, os resultados analisados sugerem já, com alguma consistência, que a segurança e a estética serão aspectos do ambiente importantes para os idosos; há também evidência, ainda que menos clara, relativamente à relevância de “micro-elementos”

do *design* urbano (e.g., passeios) e à facilidade de acesso a infra-estruturas. Por exemplo, uma investigação de design multiníveis com idosos em bairros de Portland/EUA, tomando como *outcome* a actividade de andar, verificou existirem significativos efeitos de características do bairro de residência – designadamente da densidade de locais de emprego, densidade habitacional, espaços verdes e abertos de recreação e número de cruzamentos de ruas. Ao nível dos indivíduos, encontrou-se uma associação positiva com a percepção de segurança para andar e o número de infra-estruturas recreativas próximas (Li *et al.*, 2005). Também a plena e independente concretização de Actividades/Participação (do assegurar de tarefas quotidianas, à interacção social e lazer, passando pelo acesso aos serviços de saúde e educação, por exemplo) depende das condições locais, oportunidades e barreiras que oferece – em conjugação naturalmente com as próprias características e recursos pessoais (v.g., OMS, 2004). É assim, por exemplo, que o estudo europeu MOBILATE¹²⁵ confirma que a proximidade de serviços na zona de residência é muito importante para manter a autonomia nas idades avançadas, sendo os mais valorizados, na maioria dos países, o comércio alimentar/mercearia, a farmácia, o médico e o banco; neste estudos o critério de acessibilidade é uma distância/deslocação até 15 min., sublinhando-se que a maioria das deslocação dos idosos a tais serviços é feita a pé (Mollenkopf *et al.*, 2004).

De um modo geral, quanto à natureza dos aspectos relevantes, é de notar que parecem ser determinantes não só características objectivas mas também as percepções dos residentes; por outro lado, os aspectos vistos como positivos e negativos poderão apresentar padrões distintos de relação com a saúde. Esta última questão é ilustrada numa pesquisa com adultos (maiores de 18 anos) residentes em bairros diferenciados de Hamilton/Canada (Wilson *et al.*, 2004), onde se verificou que as percepções sobre o ambiente físico (e social) estavam significativamente associadas a *outcomes* de saúde; mas enquanto os problemas apontados ao ambiente físico se relacionavam com maior probabilidade de doenças crónicas, já os aspectos mais apreciados se associavam a menor prevalência de uma fraca auto-avaliação de saúde e de perturbação *distress* psicológico/emocional.

Uma proposta conceptual que propõe um quadro explicativo para a relação entre alguns factores do ambiente físico, reconhecidos como promotores da saúde, e o comportamento humano, e que, não sendo específica para a população idosa poderá ter particular relevância para este grupo, é o modelo de Pessoa Razoável/ *Reasonable Person* de Kaplan e Kaplan (2003). O modelo salienta a importância da existência de suportes ambientais às necessidades informativas dos indivíduos, pressupondo que contribuirão para que estes sejam mais razoáveis, cooperativos, satisfeitos - e, também, saudáveis. Nesta perspectiva serão promotores da saúde nomeadamente aspectos do ambiente físico que tornem este mais compreensível, mas simultaneamente interessante/atraente, com oportunidades securizantes de exploração e também propriedades que ajudem ao restabelecimento face ao excessivo apelo à nossa atenção (sendo aí de realçar os efeitos benéficos dos ambientes naturais); relevante será ainda a facilitação da “acção com significado”, com destaque para as trocas sociais e participação na tomada de decisão, contrariando eventuais sentimentos de *helplessness* (v.g., informação em quantidade e ritmo gerível, condições para criação de um mapa cognitivo do meio; pontos de referência, diversidade nos usos do território e outros elementos que ajudem à orientação).

Em termos de quais as características específicas que podem ter influência na saúde, funcionalidade e qualidade de vida, torna-se pois difícil sistematizar as inúmeras possibilidades – na sua maioria, como já se viu, insuficientemente estudadas para a população idosa (v.g., Cunningham, Michael, 2004). Podem-se referir, como exemplos, aspectos relativos a: utilização do território/*land use* (e.g., conjugação de uso residencial, comercial, e/ou industrial); densidade; distâncias, conectividade/acessos; estética; elementos de *design* urbano de micro-escala (e.g., passeios e seu estado); iluminação; lixo; trânsito; relevo; distribuição, acesso e adequação de vários tipo de estruturas (e.g., comércio e serviços, zonas verdes, locais para actividades desportivas, sociais, educativas, de lazer, etc.).

¹²⁵ O projecto MOBILATE/*Enhancing Mobility in Later Life: Personal Coping, Environmental Resources, and Technical Support* envolveu um inquérito em 2000 em zonas rurais e urbanas de 5 países europeus (Finlândia, Holanda, Alemanha, Hungria e Itália) (Mollenkopf *et al.*, 2004).

Alguns destes elementos constituem possíveis barreiras (objectivas e/ou subjectivas) em termos designadamente de mobilidade, de segurança e também de concretização de comportamentos saudáveis. Podem assim, entre outras consequências, aumentar as dificuldades e stress psicológico ou mesmo limitar/inviabilizar o acesso a bens (e.g., comida adequada/saudável, a preços acessíveis¹²⁶) ou serviços (de saúde, entre outros), sobretudo para pessoas com algum tipo de incapacidade. Podem ainda constituir um risco em termos, por exemplo, de quedas e de acidentes rodoviários; ou ainda, reduzir as possibilidades de salvamento em caso, por exemplo, de situações de incêndio ou outras catástrofes, em que os mais idosos são especialmente vulneráveis.

Por outro lado, e numa perspectiva positiva, ambientes capacitadores poderão compensar dificuldades (e.g., um sistema adequado de transportes públicos) e facilitar ou mesmo estimular o desenvolvimento de capacidades e comportamentos relevantes para a saúde – como será o caso de estruturas¹²⁷ conducentes aos contactos e participação social, à actividade física, à aprendizagem ao longo da vida, etc. Também aspectos como a proximidade geográfica de familiares (WHO, 2002a) e amigos, são valorizados, inclusive pelos próprios idosos (Audit Commission, 2004a) como contributo para a sua independência e bem-estar.

Ainda que o nível do bairro/comunidade constitua uma unidade de análise territorial particularmente relevante, os padrões e determinantes da saúde e bem-estar podem ser explorados em contextos mais amplos. Kendig designadamente sublinha o que considera uma extraordinária escassez de investigação de macro-ambientes que estruturarão, de forma significativa, a experiência de envelhecimento, como o nível **regional** e o contraste rural/urbano (2003) – que provavelmente no caso português, se reformularia em termos de **rural-interior versus urbano-litoral** (Santana, 2005).

Tem vindo a ser reconhecido que a organização e uso dos **transportes**, a nível local, nacional e mundial, tem uma série de implicações para a saúde do conjunto da população, nomeadamente por via da influência no ambiente, em termos de alterações climáticas e modificações da paisagem, bem como por impactes mais directos e locais ao nível da poluição atmosférica e sonora (cf. página da OMS sobre “*Health effects of transport*”¹²⁸). Há porém um conjunto de outros efeitos “de proximidade”, que podem assumir especial relevo para a população idosa - como sejam os acidentes de viação e o incentivo à actividade física. Wilkinson e Marmot (2003) – que apontam os transportes como um dos determinantes sociais da saúde – acrescentam ainda a estes aspectos a questão dos contactos sociais que podem ser mais ou menos facilitados pelo tipo de transporte em causa. Mas o sistema de transportes – e nomeadamente o acesso a transportes públicos e/ou adaptados – pode ser particularmente crucial para as pessoas idosas em termos da manutenção dos seus níveis de funcionalidade e participação social (WHO, 1999). O já referido guia da OMS sobre Cidades Amigáveis para os idosos sublinha a centralidade desta questão, focando uma diversidade de facetas do sistema de transportes, com destaque para a existência de transportes públicos e comunitários acessíveis (física, psicológica e economicamente) e adaptados às necessidades (WHO, 2007a). Outros estudos têm também indicado a saliência da possibilidade de deslocação para os próprios idosos (Audit Commission, 2004a; Bryant *et al.*, 2004). Verificou-se ainda, junto de idosos do Reino Unido, a associação entre uma elevada qualidade de vida percebida e ter viatura própria e/ou acesso a transportes públicos, sendo por outro lado apontadas diversas barreiras à utilização destes últimos (Gilhooly *et al.*, 2002). Estão, em contrapartida, estudadas recomendações para facilitar a acessibilidade universal (v.g. CEA, 2005).

¹²⁶ O acesso/segurança alimentar é reconhecido com um relevante determinante social da saúde – sendo que a acessibilidade poderá fazer mais diferença para os hábitos alimentares do que a educação para a saúde (Wilkinson, Marmot, 2003). Tal questão coloca-se com especial premência – assumindo também expressão ao nível dos recursos existentes na zona de residência - para indivíduos com restrições de mobilidade e/ou baixos rendimentos, como é frequentemente o caso dos mais idosos (WHO, 2002a/).

¹²⁷ Remete-se aqui para o conceito de “estruturas locais de oportunidade”/*local opportunity structures*, definido na secção sobre Ambiente Social (B.2.2.1).

¹²⁸ Em http://www.euro.who.int/transport/hia/20021009_2, últ. actualização em 16-01-2009.

Andar a pé é a forma mais comum de actividade física dos idosos, segundo um documento da OMS-Europa, focando precisamente a relação entre o exercício e os transportes no que concerne às crianças e idosos (Racioppi *et al.*, 2002). Será ainda a forma de mobilidade mais habitual para as deslocações quotidianas dos europeus mais velhos, segundo observou o estudo MOBILATE (Mollenkopf *et al.*, 2004). Importa pois atentar às diversas barreiras que a organização do sistema rodoviária pode colocar à circulação a pé e de bicicleta. Aspectos como por exemplo um elevado volume de tráfego urbano, podem criar dificuldades particulares a este grupo da população, gerando insegurança e stress e constituindo uma potencial barreira às actividades quotidianas e um desincentivo à mobilidade (Racioppi *et al.*, 2002). Mas há ainda perigos reais associados a este meio de deslocação, tendencialmente associado a acidentes de maior gravidade do que os verificados para ocupantes de veículos automóveis (*idem*¹²⁹).

De um modo mais geral, assegurar a adequada **mobilidade** das pessoas mais velhas – pré-requisito essencial para a sua autonomia e bem-estar – envolverá atenção especial à interacção dos factores que a condicionam e que se situam quer ao nível das características e recursos pessoais (psicológicos, físicos, económicos, sociais e tecnológicos), quer das condições estruturais da região em que habitam (v.g., Mollenkopf *et al.*, 2004). Quanto às variáveis individuais, a investigação deste últimos autores salienta que idosos vivendo sós, do sexo feminino, com problemas de saúde e baixos recursos económicos são grupos com maior risco de perda de mobilidade (*idem*). Por seu lado, aspectos do meio físico e social como relevo, clima, meio rural/urbano, localização dos serviços, características de arquitectura e urbanismo, criminalidade, etc. interagem com as anteriores determinando as possibilidades de mobilidade (v.g., Machado, 2004)¹³⁰ – e exigindo a conjugação de uma correcta política de transportes com medidas e políticas sociais, para dar a adequada resposta ao problema.

Uma dimensão do ambiente que merece destaque especial pelas suas potenciais implicações para a população idosa é a **tecnologia**. Esta pode constituir um recurso de especial utilidade para compensar limitações ao nível sensorial e da mobilidade, facilitar tarefas diárias, aumentar a segurança e conforto, ou manter contactos interpessoais, por exemplo, e áreas em franca expansão como a telemedicina e os telecuidados no domicílio¹³¹, encontram nos idosos um importante grupo de “consumidores” (v.g., Bowling, 2004a). De tal modo aliás, que “*uma nova ciência, a “gerontotecnologia” está a descobrir aplicações técnicas e de engenharia inovadoras tendentes a salvar, aumentar e a integrar a autonomia e a qualidade de vida dos idosos, particularmente dos que vivem em casa*” (CEA, 2005, p. 030), em áreas como a assistência nas actividades diárias, mobiliário, cuidados e reabilitação, transporte e urbanismo. Mas paralelamente, por razões educacionais, económicas e outras, as pessoas mais velhas são também um grupo/geração especialmente vulnerável face ao risco de “*technological divide*” e resultante “exclusão digital”/social. Numa sociedade em que as tecnologias (dos serviços por internet, ao cartão multibanco) assumem preponderância crescente numa infinidade de domínios da vida quotidiana e da cidadania é pois essencial “evitar que novas tecnologias criem simplesmente novas barreiras a grupos de risco” (CEA, 2005, p. 082).

Numa perspectiva mais ampla de dimensões ambientais facilitadoras da saúde a já mencionada tipologia de Stokols *et al.* (2003), inclui, como um recurso de importância crescente ao nível da comunidade, o Capital Tecnológico, constituído por equipamentos e infra-estruturas de comunicação e informação. Por

¹²⁹ “The figures for road deaths in the European Union in 1998 (...) show that pedestrians and cyclists have much higher rates of road deaths per billion passenger-kilometres than do car users” (Racioppi *et al.*, 2002, p. 13).

¹³⁰ A investigação deste autor exemplifica, para a cidade de Lisboa, o estudo conjugado de variáveis relevantes para a mobilidade da sua população idosa: e.g. morfologia física da cidade, elementos urbanos de acessibilidade, dados climáticos, localização de equipamentos de saúde, serviços de transportes (*ob. cit.*).

¹³¹ Uma breve descrição destes cuidados e suas potencialidades: “‘*Telecare*’ can be defined as a service bringing health and social care directly to a user, generally in their own homes, supported by information and communication technology. It provides safety and security monitoring, physiological and activity monitoring and information.” (Audit Commission, 2004, p. 3); “Once telecare systems, ‘electronic assistive technologies’ and ‘environmental controls’ are integrated, the term ‘*smart housing*’ is sometimes used to describe the whole system. Telecare systems allow people with a range of needs to retain their independence through: avoiding hospitalisation; virtual visiting; reminder systems; home security; and social alarm systems.” (Audit Commission, 2004b, p. 18).

sua vez, a CIF contém um grupo de Factores Ambientais designado por “Produtos e tecnologias (de apoio)” definidos como aqueles que são “adaptado(s) ou especialmente concebido(s) para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade” (OMS, 2004, p. 154)¹³². Esta classificação, foca, entre outros, equipamentos relevantes para uso pessoal na vida diária; mobilidade e transporte pessoal; comunicação; educação; trabalho; cultura, actividades recreativas e desportivas; prática religiosa e espiritualidade. Um relatório produzido no Reino Unido especificamente sobre “Ajudas Técnicas”/*Assistive Technology* e seu impacto na promoção da independência e bem-estar das pessoas idosas (Audit Commission, 2004b, 2004d), classifica a forma de apoio que estas tecnologias podem prestar em: Preventiva (e.g. monitor de ocupação de quarto), Responsiva (e.g. detector de quedas) e de Suporte (e.g. “casa inteligente”). É inventariado um amplo conjunto de necessidades e tipo de utilizadores que podem beneficiar de diversas tecnologias de apoio disponíveis. Elas são susceptíveis, designadamente, de minorar os efeitos de alguns problemas com elevada prevalência entre os idosos (e.g., dificuldades de mobilidade, audição e visão), sendo também destacada a sua utilidade em termos de quedas e no apoio a pessoas com demência (Audit Commission, 2004b). E quanto aos telecuidados no domicílio, por exemplo, há estudos que sugerem que poderão reduzir entre 5 a 15% das hospitalizações de pessoas com 70 e mais anos e reduzir a sua duração entre 20% e 60%; poderão também substituir talvez em quase metade dos casos as visitas domiciliárias de profissionais de saúde – as quais embora benéficas (dados apontam reduções de mortalidade de cerca de 25% e de hospitalização até 45% em idosos em risco) têm sido pouco viáveis face à escassez de recursos (Audit Commission, 2004b). De uma forma mais genérica, há evidência demonstrando que contribuem para melhorar a independência e qualidade de vida, reduzir efeitos de doenças e incapacidade, prevenir acidentes e ajudar os prestadores de cuidados (Audit Commission, 2004d). O papel dos “*aids, adaptations and assistive technology*” é de resto um dos factores destacados pelos próprios idosos como importante para sua independência e bem-estar (Audit Commission, 2004a, p. 7). Mas mesmo a oportunidade de aceder e usufruir de equipamentos mais básicos - como equipamento doméstico (e.g. aquecimento, máquina de lavar, microondas), telecomunicações ou elevadores – deve ser tida em conta, como recursos “capacitadores” importantes e factores de qualidade de vida nas sociedades contemporâneas (v.g., Bowling, 2004a), e suporte para “opções pró-activas” para um envelhecimento bem-sucedido (Kahana *et al.*, 2003 - ver B.2.1.3).

Assinale-se, a terminar, que o “Conceito Europeu de **Acessibilidade**” (CEA, 2005) é uma abordagem que, não se centrando especificamente nos idosos, procura dar resposta a muitas das questões anteriores, aplicando a noção de Design para Todos, viabilizador do acesso universal face à diversidade (perceptiva, motora, cognitiva, dimensional, ...) humana. O trabalho neste domínio tem vindo a gerar recomendações relativas a vertentes do ambiente físico já referidas – habitação, espaços e edifícios públicos, transportes – e ainda a outras, como a acessibilidade da informação. Esta última inclui, por exemplo, orientações quanto às características que devem ser respeitadas por sinalética diversa ou por sites oficiais na internet, mas também recomendações quanto à existência de centros locais públicos onde a população lhes possa aceder (*idem*).

B.2.3. Do Indivíduo ao Macro-Contexto

B.2.3.1. POSIÇÃO SOCIOECONÓMICA (PSE) E FACTORES ASSOCIADOS

A existência de substanciais **desigualdades sociais em saúde**¹³³ – i.e., de “diferenças sistemáticas na saúde de grupos e comunidades que ocupam posições desiguais na sociedade” (Graham, 2004, p. 101) -

¹³² A CIF prefere esta definição mais restrita, à de ajudas técnicas incluída na classificação ISO 9999, que abarca potencialmente todos os produtos/tecnologias: “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa incapacitada, especialmente produzido ou geralmente disponível, que se destina a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar a incapacidade” (OMS, 2004, p. 154).

¹³³ Para um enquadramento mais alargado do tema ver secção B.1.2 deste capítulo.

está amplamente demonstrada, reflectindo-se na maioria das doenças importantes e na longevidade, e persistindo até às idades avançadas (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Mackenbach, 2006; Wilkinson, Marmot, 2003). Conforme sublinham nomeadamente Wilkinson e Marmot, as pessoas nas posições sociais mais desfavorecidas têm, com frequência, pelo menos o dobro do risco de doença grave ou morte prematura por comparação com os no topo da escala social, mas os efeitos não se confinam às situações de pobreza, estendendo-se antes as desigualdades aos vários estratos da hierarquia social, configurando um gradiente social da saúde (2003, p. 10). Embora menos estudadas para a população idosa, há evidência consistente de que nessa faixa etária subsistem desigualdades¹³⁴ associadas a diferenças socioeconómicas na mortalidade, morbilidade e incapacidade (v.g., Avendano *et al.*, 2005; Bowling, 2004b; Howse, 2005; Huisman *et al.*, 2004; Mackenbach, 2006; Minkler *et al.*, 2006) – bem como numa série de outros aspectos, como o bem-estar psicológico (Kaplan *et al.*, 2008) ou probabilidade de institucionalização, por exemplo (v.g., Martikainen *et al.*, 2008).

Se a realidade de tais desigualdades na saúde é já relativamente consensual, não o é tanto o seu entendimento, com múltiplas propostas para o mapeamento e explicação destes fenómenos (e mesmo considerável polémica em torno de alguns aspectos, com destaque para os factores e mecanismos causais subjacentes). Do recente trabalho da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde/CSDH criada pela OMS, resultou um referencial assente na revisão de diversos modelos e conceitos (CSDH, 2008; Solar, Irwin, 2007) – ver discussão e esquema síntese adaptado (Figura 01-II) em B.1.2. Neste quadro, termos como estatuto ou **posição socioeconómica** (PSE), entre outros¹³⁵, remetem para a localização diferencial das pessoas na hierarquia ou sistema de estratificação social – que, por sua vez, retrata a distribuição desigual de recursos no interior de cada sociedade. A PSE pode ser vista como um conceito agregado, incluindo componentes diversos, operacionalizável através de diversos estratificadores. O referencial atribui ao conjunto destes componentes a designação de **determinantes estruturais**, definindo-os como “*those that generate stratification and social class divisions in the society and that define individual socioeconomic position within hierarchies of power, prestige and access to resources*” (Solar, Irwin, 2007, p. 34). Estreitamente interligados com o contexto sociopolítico mais amplo em que se inserem, estes factores vão, por sua vez, determinar desiguais oportunidades de saúde, já que a PSE condiciona diferenças na exposição e vulnerabilidade aos *determinantes intermédios* ou *sociais de saúde*, em sentido estrito (circunstâncias materiais, psicossociais, etc.).

Assinale-se que os efeitos desses factores se intersectam, sobrepõem, interagem, agrupam, podendo alguns também variar independentemente, e que a sua saliência será variável em diferentes sociedades (Kelly *et al.*, 2007, p. 12). Por outro lado, conforme lembram Solar e Irwin, a PSE pode ser medida em 3 níveis complementares: ao nível do indivíduo, do agregado familiar e do bairro/área residência (*ob. cit.*, p. 26). Outra vertente da relação entre PSE e saúde com particular pertinência para a população idosa, é a que advém da perspectiva de curso de vida/ lifecourse, que salienta a relevância da PSE não só na actualidade mas também ao longo da história de vida e até na sucessão das gerações (com possíveis efeitos distintos associados a aspectos como o período da vida em referência, a duração da exposição, efeitos cumulativos, de trajectória, etc. - v.g., Solar, Irwin, 2007; Kuh *et al.*, 2003; Galobardes *et al.*, 2006b; Næss *et al.*, 2006). Decorre desta perspectiva não só o potencial interesse de avaliar a PSE na totalidade do percurso de vida – valorizando nomeadamente a associação diferencial dos vários indicadores com diferentes etapas (v.g. Dalstra *et al.*, 2006; Galobardes *et al.*, 2006a) –, como ainda de prestar especial atenção a alguns momentos críticos de transição – como a reforma (v.g., Wilkinson, Marmot, 2003) ou a viuvez para as mulheres – que podem determinar o nível (também) da PSE inflexões de trajectórias, com risco acrescido de reforço de desvantagem nas situações de maior vulnerabilidade.

¹³⁴ Persistem, porém, como se assinalou em B.1.2. dúvidas quanto a aspectos mais específicos, como a tendência para estas se acentuarem ou diminuírem com a idade, o peso relativo da situação actual face à história anterior, etc. (v.g., Howse, 2005; Bowling, 2004b).

¹³⁵ Optamos aqui por “posição socioeconómica”, tal como fazem Galobardes *et al.*, justificando que “*refers to the social and economic factors that influence what positions individuals or groups hold within the structure of a society, and encompasses concepts with different historical and disciplinary origins*” (2006a, p. 7).

Quanto às variáveis específicas a valorizar, a proposta conceptual da CSDH destaca, para além do rendimento, educação e ocupação – as mais habituais medidas/*proxys* de estratificação social – também a classe social, salientando ainda a necessidade de reconhecer estratificadores adicionais, como o género e a etnicidade (Solar, Irwin, 2007). Mas outros possíveis eixos de diferenciação social têm sido apontados: incluindo a idade, incapacidade, sexualidade, religião, local de residência, entre outros (v.g., Graham, Kelly, 2004; Kelly *et al.*, 2007).

Factores de diferenciação social

- Embora a questão das iniquidades esteja, como se referiu, menos estudada nos idosos do que noutros grupos etários, a evidência indica que a associação da saúde com o **rendimento** persiste nas idades avançadas, para diferentes indicadores de estado de saúde, funcionalidade e mortalidade, embora com magnitudes e padrões variáveis consoante os países, o género e os grupos etários, nomeadamente (v.g., Huisman *et al.*, 2003; Næss *et al.*, 2006; von dem Knesebeck *et al.*, 2003). Assim por exemplo, analisando dados de uma amostra da população de 60 e mais anos de 11 países europeus (incluindo Portugal), e tomando como indicadores de saúde medidas de auto-avaliação global de saúde, redução nas actividades diárias, e limitação de actividade de longa duração, Huisman e colegas (2003) encontram globalmente aumentos da prevalência dos problemas de saúde para cada quintil de rendimento sucessivamente inferior¹³⁶; as desigualdades estão presentes, pelo menos para alguns dos resultados de saúde, em todos os países, em ambos os sexos e em todas as subgrupos etários considerados, incluindo o de 80 e mais anos, apesar de uma aparente tendência de declínio com a idade. O Projecto SHARE, abrangendo pessoas de 50 e mais anos em 10 países europeus, encontra igualmente claras desigualdades entre os grupos de menor e maior rendimento não só em resultados de saúde equivalentes aos do estudo de Huisman *et al.*, mas também face à prevalência da quase totalidade das doenças crónicas e de todos os sintomas e todos os indicadores de limitação funcional investigados (Avendano *et al.*, 2005).

A importância relativa do rendimento face a outros indicadores dependerá do país, como ilustrado por um estudo comparando Alemanha e EUA em que, no primeiro mas não no segundo caso, o rendimento (comparado com a educação, prestígio ocupacional e bens) se revelou o estratificador com efeitos mais fortes sobre medidas de auto-avaliação de saúde, limitações funcionais e depressão, em pessoas de 60 e mais anos (von dem Knesebeck *et al.*, 2003).

As explicações sobre como o rendimento afecta a saúde não são consensuais. Ele é, de entre os indicadores de PSE, aquele que mais directamente mede a componente de acesso aos recursos e será o melhor indicador isolado das condições materiais de vida (Galobardes *et al.*, 2006a; Solar, Irwin, 2007). Para alguns, a sua principal influência sobre a saúde explica-se essencialmente por este efeito directo sobre o acesso a recursos materiais – que, por sua vez, se reflecte, por exemplo, na qualidade do alojamento ou alimentação, no acesso a serviços de saúde, lazer, educação, etc., e na posição social e auto-estima decorrente desses recursos materiais, etc. (Galobardes *et al.*, *idem*). Outros autores porém, salientam igualmente vias alternativas /complementares de influência do rendimento sobre a saúde e, designadamente sobre as iniquidades em saúde, contemplando não só explicações materialistas, centradas no nível individual e na noção de rendimento absoluto, mas valorizando também uma perspectiva de rendimento relativo e de desigualdades/distribuição do rendimento a nível societal, bem como mecanismos psicossociais de influência sobre a saúde. Wilkinson, nomeadamente, salienta a relevância do significado relativo e não tanto absoluto do rendimento com base (entre outros argumentos) na constatação de que, na comparação entre países desenvolvidos, as diferenças no nível médio de rendimento revelarem fraca associação directa com o nível de saúde, sendo a distribuição do rendimento que tem maior reflexo no nível geral de saúde de uma população: “*most egalitarian societies, not the richest, tend to have the best health and highest life expectancy*” (2002, p. 14). O rendimento é aqui visto como um marcador de estatuto social decorrendo daí a sua relação com a saúde. Este tipo de explicação

¹³⁶ As desigualdades mais acentuadas em função do rendimento, para os dados agregados dos 11 países, verificam-se para a auto-avaliação de saúde no grupo etário de 60-69 anos, sendo as diferenças observadas entre o 1º e 5º quintis de rendimento as seguintes: homens – Diferença das taxas = 29.5, Odds Ratio = 2.50 (IC, 95%: 2.05–3.05); mulheres – Diferença das taxas = 17.4, Odds Ratio = 2.09 (IC, 95%: 1.81–2.42) (Huisman *et al.*, 2003).

centra-se em mecanismos psicossociais, traduzindo-se quer em processos de comparação social, desfavoráveis aos indivíduos com posição mais baixa na hierarquia social e indutores de stress crónico (o qual compromete a saúde por processos biológicos que vão já sendo conhecidos); quer, ao nível social mais amplo, em pior qualidade das relações interpessoais e da solidariedade/coesão social. No entanto, a relação entre (a desigualdade de) rendimento e a saúde admite ainda explicações de cariz neo-material de nível macro (para adoptar a classificação de Macinko *et al.*, 2003, referenciados em Solar, Irwin, 2007) na medida em que tal desigualdade se associaria a menor investimento em condições sociais e ambientais relevantes para saúde. É ainda de assinalar que na associação entre rendimento e saúde haverá ainda lugar à possibilidade de causalidade inversa, na medida em que os problemas de saúde podem implicar uma redução do rendimento.

A Public Health Agency of Canada¹³⁷ pode ser apontada como exemplo de entidade pública que valoriza o rendimento e o estatuto social como *“the most important determinants of health”*, salientando que *“the health status improves at each step up the income and social hierarchy”* e apoiando-se na evidência deste gradiente para ir além de explicações relativas ao impacte de más condições de vida, sublinhando que o rendimento influenciará também a saúde na medida em que condiciona o *“degree of control people have over life circumstances”*.

A estas considerações há que juntar, com especial relevo no caso da população idosa, a referência temporal: é que se o rendimento é dos indicadores de PSE aquele que mais se altera em curtos espaços de tempo, tem também um demonstrado efeito cumulativo na saúde ao longo da vida (v.g. Solar, Irwin, 2007) – aspecto com consideráveis implicações não só em termos de investigação e da sua interpretação mas também em termos de políticas. Importará pois salientar que, se há considerável evidência de que parte das consequências do rendimento para a saúde na vida adulta (nomeadamente para as doenças crónicas), parecem poder resultar de influências ocorridas em períodos passados (inclusive anteriores ao nascimento), tal não implica que as circunstâncias posteriores não possam também ter efeitos situação (v.g. Howse, 2005, p. 11-12; Stein, Moritz, 1999)¹³⁸. Isso mesmo aponta, por exemplo, o estudo de Næss *et al.* (2006) que, analisando a mortalidade numa coorte de 68-72 anos do município de Oslo, é sugestivo de uma maior importância relativa da desvantagem económica recente, posterior à reforma, a qual explica a maior parte do risco acrescido de morte, por contraste com um efeito cumulativo (avaliado pela ocupação nas 3 décadas anteriores), que neste estudo não se revela consistente.

“Poverty is the biggest risk factor for health, and income-related differences in health – which stretch in a gradient across all levels of the social hierarchy – are a serious injustice and reflect some of the most powerful influences on health” salienta a OMS-Europa no quadro da Saúde XXI (1998b). Naturalmente também entre os mais velhos, embora a relevância do rendimento se estenda a todos os estratos, como atesta o gradiente de saúde identificado (v.g., von dem Knesebeck *et al.*, 2003), a saliência deste determinante da saúde põe-se com especial acuidade e premência nas situações de **pobreza** ou desfavorecimento económico. A pobreza – e mais genericamente a exclusão social –, quer em termos absolutos quer relativos, tem inúmeras consequências para a saúde e longevidade, privando os indivíduos do acesso a uma série de bens e serviços influentes na saúde e excluindo-os de uma plena participação social, sendo que os idosos poderão estar entre os grupos mais prejudicados pelo *stress* decorrente da situação de privação (v.g., Wilkinson, Marmot, 2003). As importantes implicações políticas deste facto (que encontram reflexo em documentos como o “Active Ageing” da WHO, 2002a ou “Madrid International Plan of Action on Ageing” da UN, 2002) são acentuadas pela existência de um grande número de pessoas idosas em situação de desvantagem económica – havendo a perspectiva de que as diferenças venham a aumentar ainda mais nas futuras gerações de idosos europeus, em função das actuais tendências em

¹³⁷ Em <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html> (última actualização em 2004-03-24).

¹³⁸ Howse, comentando a evidência genérica sobre a dinâmica da produção das desigualdades em saúde, afirma: *“The idea that health inequalities in late life are the result of a lifetime’s exposure to social forces that work on health in many and various ways - that they depend on past circumstances and occurrences at least as much as they do on present circumstances and occurrences – remains therefore a sketch of a theory, with many (most?) of the details yet to be filled in”* (2005, p. 11-12).

termos de emprego, reformas antecipadas, pensões e segurança social, como salienta a “*Evidence of Health Promotion Effectiveness*” da IUHPE sobre a temática do envelhecimento (Fletcher *et al.*, 1999, p. 15). Indo além das influências do rendimento ao nível da saúde em sentido mais estrito, podem-se mencionar os resultados do estudo europeu ESAW, que investigando os factores que contribuem para “envelhecer bem” identificou a segurança material como sendo, de longe, o mais importante preditor da “satisfação com a vida” (bem como de outro indicador de bem-estar psicológico usado: “sentimentos de valor próprio/*self-worth*”) - seguindo-se depois, por ordem de decrescente de poder explicativo, os domínios da saúde física e funcional, do suporte social e das actividades de vida (Ferring *et al.*, 2003). Valerá a pena lembrar ainda que a questão da segurança financeira nesta fase da vida é também uma das componentes consistentemente valorizada pelos próprios idosos na definição da sua qualidade de vida (Brown, Flynn, 2004; Bryant, 2004), para além de ser parte dos três pilares básicos do “Envelhecimento Activo” da OMS (2002a) – e um direito consagrado (art. 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948). São finalmente de referir as potenciais implicações do rendimento ao nível da independência, incluindo a possibilidade de permanecer na própria residência, sublinhadas pelos próprios idosos (Bryant *et al.*, 2004; Leeson *et al.*, 2004) e apoiadas por investigação sugerindo que em especial os aspectos materiais do estatuto socioeconómico serão importantes determinantes da institucionalização (Martikainen *et al.*, 2008)¹³⁹.

Aspecto adicional a ter em conta é que, não só a operacionalização do rendimento é uma questão complexa¹⁴⁰ (v.g. Grundy, Holt, 2001; Solar, Irwin, 2007), como há outras vertentes e indicadores directamente pertinentes para a situação económica – porventura particularmente úteis na população idosa como operacionalização alternativa ou complementar da componente “riqueza”/recursos da PSE (v.g., Bowling, 2004b; Galobardes *et al.*, 2006a; Grundy, Holt, 2001; Huisman *et al.*, 2004). A **propriedade de habitação** é um desses indicadores, que (embora sujeito a limitações específicas) se revela um estratificador associado a desigualdades em saúde dos mais velhos, pelo menos nalguns países (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Huisman *et al.*, 2004; von dem Knesebeck *et al.*, 2003), tal como indicadores relativos a outros **bens** ou recursos materiais do agregado (ex. carro, aquecimento, electrodomésticos) (Grundy, Holt, *idem*). De mencionar ainda a possibilidade de recurso a indicadores que visam mais especificamente identificar situações de pobreza/privação, operacionalizados em termos do acesso a itens considerados essenciais ou normativos na sociedade em questão¹⁴¹. Para além da sua associação mais genérica com a PSE, estes vários factores envolverão mecanismos específicos de influência sobre a saúde, alguns dos quais serão retomados a propósito dos determinantes que mais directamente se lhes associam.

- O nível de **educação** atingido é outro dos indicadores clássicos de PSE, frequentemente recomendado e utilizado também no estudo das desigualdades sociais em saúde na população idosa (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Grundy, Holt, 2001; Huisman *et al.*, 2004). Algumas das investigações já mencionadas como demonstrando a existência, entre a população idosa, de iniquidades face à auto-avaliação global de saúde, redução nas actividades diárias, limitação de actividade de longa duração, prevalência de doenças crónicas, sintomas e indicadores de limitação funcional, associadas a indicadores de rendimento, revelam-nas também relativamente à educação (v.g., Huisman *et al.*, 2003; Avendano *et al.*, 2005). A estes podem-se acrescentar dados sobre a mortalidade, como os obtidos noutro estudo de Huisman e colegas (2004), em 11 regiões da Europa, revelando diferenças nas taxas de mortalidade dos vários grupos educacionais,

¹³⁹ Nesta associação do rendimento com a independência estarão envolvidos porém não só aspectos mais pragmáticos, relativos às opções que os recursos financeiros viabilizam (desde, p.ex., a possibilidade de permanecer na sua própria casa, até às actividades em que se pode participar; ou escolhas de estilos de vida saudáveis), mas também outros mais complexos, que se prendem com as repercussões da dependência financeira face a outrem (Bryant *et al.*, 2004).

¹⁴⁰ As distinções/opções incluem, entre outras, a consideração de rendimento bruto e/ou líquido, dividendos, prestações sociais, que podem ser pagas directa ou indirectamente (ex. apoios relativos à habitação), etc. – bem como a escolha de fundo entre o rendimento individual ou o do agregado familiar.

¹⁴¹ Grundy e colegas, no estudo já referenciado, sobre desigualdades na saúde da população idosa – e que ainda se retomará a propósito da “Ocupação” -, utilizaram e recomendam, um estratificador deste tipo – no caso, uma bateria de itens que constituem um índice que designam indicador de privação Townsend.

segundo padrões que sofrem alguma variação entre países e géneros, mas genericamente tendem a acentuar-se com a idade, se medidas em termos absolutos, ou a reduzir-se, quando avaliadas em termos relativos – mas mesmo aí persistindo até no grupo de 90 e mais anos. Também a análise das causas específicas de mortalidade, em várias populações europeias de 45 e mais anos (Huisman *et al.*, 2005), revela desigualdades desfavoráveis aos menos escolarizados, que, pelo menos no grupo etário mais elevado (75 e + anos), se estendem a todas as causas excepto o cancro da próstata nos homens e o do pulmão nas mulheres; de assinalar que as doenças cardiovasculares se destacam como as que mais contribuem (63% e 42%, respectivamente nas mulheres e homens de 75+anos), para a diferença na mortalidade total entre os grupo de maior e menor nível educativo.

Quanto à interpretação da relação da educação com a saúde, ela pode, por um lado considerar-se, como um indicador geral de PSE. Em termos dos mecanismos envolvidos, pode-se considerar que o nível educativo atingido reflectirá a PSE da própria família de origem (com o que tal implica em termos de circunstâncias/recursos materiais, intelectuais, etc. na infância), condicionando depois, por sua vez, as oportunidades de ocupação e rendimento durante a vida adulta (Galobardes *et al.*, 2006a). Nessa perspectiva importa assinalar que a educação se destaca dos demais estratificadores clássicos, numa óptica de curso de vida, por ser em geral fixada cedo, reflectindo a PSE numa fase inicial da vida e incorrendo menos no risco de causalidade inversa (i.e., tendo menos probabilidade de ser afectada pela própria saúde); mas, por isso mesmo, pode também reflectir insuficientemente posterior evolução na PSE sendo, para além do mais, pouco discriminativa para as actuais gerações de idosos, excepto no que concerne à minoria de maior nível educativo (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Galobardes *et al.*, 2006a; Grundy, Holt, 2001; Huisman *et al.*, 2005).

Mas, por outro lado, a educação reflecte também mais particularmente a componente de conhecimento e outros recursos não materiais da PSE. Para explicar esta via mais específica de influência na saúde têm sido destacadas diferenças proporcionadas pela educação no nível de conhecimento, na capacidade e motivação para obter e beneficiar de nova informação, no funcionamento cognitivo, nas estratégias de *coping*, na confiança e sentimento de controle, entre outros determinantes¹⁴²; aponta-se que favorecerá comportamentos saudáveis, podendo aumentar a receptividade a mensagens de saúde e a capacidade de comunicar com e aceder aos serviços de saúde (v.g. Galobardes *et al.*, 2006a; Dalstra *et al.*, 2006; Solar, Irwin, 2007; Stein, Moritz, 1999).

Neste último sentido, vem a propósito salientar a relação com o conceito de **literacia** e, em particular, de literacia em saúde, considerada importante determinante da saúde, interligada, se bem que não coincidente, com a educação/escolaridade (v.g., Kickbusch, 2001; Rootman, Ronson, 2005). Não cabe aqui o seu aprofundamento (ver tópico B.2.3.3 neste Cap.), excepto para referir que poderá assumir particular relevância para a promoção da saúde e equidade na população idosa, na medida em que a evidência, embora ainda escassa, é sugestiva de problemas de literacia especialmente acentuados neste grupo, que parecem constituir um factor de risco independente para as desigualdades de saúde nos idosos (Sudore *et al.*, 2006). Acresce que este conceito chama a atenção para uma vertente da “educação” que poderá ser directamente visada também nesta população. De facto, mesmo que o acréscimo da educação formal (e em especial de qualificações escolares) possa ter menor significado nas idades mais avançadas, já a literacia em saúde e o acesso à informação e a **aprendizagem ao longo da vida** continuarão a ser aspectos essenciais para a saúde dos mais velhos (v.g. WHO, 2002a; Healthy Ageing, 2007).

Mas se o nível de escolaridade da actual geração de idosos é pouco susceptível de modificação significativa, as suas importantes implicações para a saúde (e não só), justificam sem dúvida atenção e investimento numa perspectiva estratégica de longo prazo face às questões da saúde e envelhecimento. Crimmins, por exemplo, aponta o aumento da educação das gerações mais recentes - bem como, mais genericamente, as alterações composicionais da população idosa no sentido de uma PSE mais elevada

¹⁴² Incluindo a possibilidade de favorecer a manutenção do funcionamento cognitivo no envelhecimento (Kramer *et al.*, 2004).

ao longo da vida – como factores com potencial impacte positivo nas tendências de evolução da saúde/mortalidade nas idades avançadas (2004), constituindo também motivo para visões prospectivas favoráveis, inclusive a nível nacional (Henriques, 2005).

- A **ocupação** é apontada como *proxy* da noção de PSE reflectindo “*a person’s place in society related to their social standing, income and intellect*” (Galobardes *et al.*, 2006a, p. 10). Liga-se também a outras exposições/riscos físicos, processos psicossociais, etc., associados ao contexto laboral. Porém, no que concerne especificamente à população idosa, dada a superveniência da reforma, tem em geral interesse sobretudo limitado ao percurso de vida passado (e, mesmo nessa perspectiva, menos discriminativo, a nível individual, no que concerne às mulheres idosas, frequentemente sem actividade económica exterior). Há, de qualquer modo, estudos que analisam desigualdades em saúde nessa faixa etária recorrendo a indicadores ocupacionais – nomeadamente como forma de operacionalizar a classe social – e inclusive Grundy e colegas, com base num estudo comparativo de 7 indicadores de PSE para análise, concluem que a classe social, ou educação, conjugadas com um indicador de privação, constituem o par de variáveis com maior poder explicativo das desigualdades na autoavaliação de saúde observadas numa amostra representativas de (jovens) idosos britânicos (Grundy, Holt, 2001).

É de notar que, para além deste papel enquanto estratificador/indicador de PSE, com implicações ao nível das desigualdades sociais em saúde, a ocupação associa-se também, de outras formas, a temáticas relevantes nesta etapa de vida (ver em especial tópico B.2.3.2, neste Cap.): desde a relevância que assume enquanto vertente de actividade/ participação (e identidade), até aos múltiplos potenciais impactes da adaptação individual ao evento/situação de reforma, passando, ao nível societal, pela centralidade das questões da actividade laboral vs. dependência do sistema de pensões na definição da “velhice” e na problematização do envelhecimento demográfico.

- De mencionar ainda o conceito de **estatuto social subjectivo**, de utilização mais recente no estudo das desigualdades em saúde. Definido como “*the individual’s perception of his own position in the social hierarchy*” (Jackman, Jackman, 1973 citados em Demakakos *et al.*, 2008, p. 331), parece, de acordo com os resultados de investigação com idosos, captar dimensões de posição social que os indicadores objectivos de ESE não captam, sendo posta a hipótese de que funcione como medida de ESE cumulativo, reflectindo o balanço global de sucesso de vida que as pessoas desta idade podem fazer (Demakakos *et al.*, *ob.cit.*).

- Refira-se, finalmente que - como se viu na secção B.2.2.1 do presente capítulo (*Condições do meio: Ambiente social*) - para lá do nível de análise individual (e do agregado familiar), se pode ainda considerar o estatuto **socioeconómico da área** de residência (bairro, localidade, região etc.), com potenciais efeitos conjugados ou independentes na saúde dos idosos, mas também por vezes usado como *proxy* para a PSE individual, quando esta não pode ser directamente medida (v.g. Breeze *et al.*, 2005; Galobardes *et al.*, 2006a,b; Robert, Li, 2001). Tal caracterização da área pode fazer-se quer com base em características contextuais da zona (e.g., infra-estruturas ou serviços existentes), quer, como mais habitualmente sucede, através de medidas agregadas, baseadas em dados individuais (e.g., proporção de residentes abaixo do limiar de pobreza) (v.g. Pickett, Pearl, 2001).

Como atrás se referiu, outros determinantes merecem destaque como **factores de diferenciação social** – incluindo o género, a etnia e a idade. Sublinhe-se que embora estes se associam a características que podem também ser consideradas em termos das suas implicações biológicas para a saúde, são aqui abordados enquanto categorias sociais, i.e., factores que remetem para convenções, normas e/ou práticas culturais/ sociais/ políticas que diferenciam grupos socialmente definidos, podendo servir de base para discriminação no acesso a poder, prestígio e recursos – e que são consequentemente, enquanto construções sociais, passíveis de modificação nomeadamente por políticas orientadas nesses sentido (v.g., Solar, Irwin, 2007).

- O **género** é destacado pela OMS como um determinante transversal do envelhecimento, e uma *óptica/lens* a considerar na análise da adequação das políticas (2002a), tendo expressão em múltiplas vertentes da saúde - incluindo as diferenças significativas genericamente encontradas entre homens e mulheres na longevidade, que com frequência se traduz num maior número de anos de vida com

incapacidade para as mulheres. Embora o conhecimento seja ainda insuficiente¹⁴³, o género implicará diferenças nas oportunidades e condições de vida ao longo de toda a existência do indivíduo, traduzidas, por exemplo, em padrões distintos de educação e de trajectória profissional, que por sua vez têm reflexos visíveis no nível do rendimento diferencial de homens e mulheres idosos e no risco de pobreza acrescido destas últimas; igualmente os comportamentos tendem a diferir entre os géneros também nas idades avançadas, nomeadamente no que concerne a riscos e cuidados de saúde (v.g., Healthy Ageing, 2007). Por outro lado, na própria análise das demais vertentes de desigualdade (e.g., PSE) tem sido também sublinhada a importância de atender em simultâneo ao género, já que as magnitudes e mecanismos causais implicados podem variar entre sexos (Whitehead, Dahlgren, 2006).

- A pertença a grupos **étnicos/raciais** socialmente discriminados tem também relevância significativa na saúde e mortalidade das pessoas idosas, como demonstra a recente revisão de literatura efectuada, no Estados Unidos, sob encomenda do National Institute on Aging (Anderson *et al.*, 2004) – embora, neste como nos demais grupos etários, seja necessária investigação adicional para clarificar quais os factores e mecanismos causais subjacentes, possivelmente estreitamente interligados com os outros determinantes associados à baixa PSE e exclusão social (Solar, Irwin, 2007). É de salientar ainda a existência de evidência que aponta para o risco de discriminação também nos serviços/cuidados de saúde prestados às pessoas de grupos étnicos minoritários (Healthy Ageing, 2007).

- A interacção da **idade** com as demais dimensões de diferenciação social será (tal como sucede com o género) relevante para a compreensão dos fenómenos das iniquidades em saúde, que assumem possíveis expressões diferenciadas ao longo do curso de vida e mesmo após os 65 anos, questionando-se, por exemplo, a evolução das desigualdades nas idades mais avançadas (ver B.1.2).

A idade, em si própria, constitui também, por outro lado, um potencial eixo de discriminação, já que é uma das dimensões principais de categorização/percepção social: “*Some categorizations - race, gender, and age - are so automatic that they are termed "primitive categories". As we categorize, we often develop stereotypes about the categories*” (Nelson, 2005, p. 207) O **ageism** – um termo referente ao preconceito etário, sem fácil tradução em português – vem sendo genericamente definido como “*stereotypes and prejudices held about people on grounds of their age*” (Ray *et al.*, 2006, p. 71), aplicando-se pois a qualquer grupo etário, ainda que, quando originalmente cunhado por R. Butler em 1969, se centrasse mais especificamente nas pessoas idosas. Distingua esse autor 3 elementos interligados: atitudes prejudiciais face às pessoas idosas, à velhice e ao envelhecimento; práticas discriminatórias; políticas e práticas institucionais que perpetuam os estereótipos contra os idosos (*idem*). Menos estudada do que outras formas de discriminação, a literatura sugere porém que seja um fenómeno prevalente nas sociedades ocidentais (v.g., Nelson, 2005) – possivelmente até mais frequentemente experimentada do que a discriminação baseada no género, raça, religião, orientação sexual ou incapacidade, segundo indicam os resultados de um estudo recente no Reino Unido (Ray *et al.*, 2006).

O conjunto dos seus mecanismos de acção e consequências na saúde e bem-estar são ainda insuficientemente conhecidos, mas uma área com implicações directas, que reúne já alguma investigação, é a da ocorrência de discriminação contra os idosos pelos serviços de saúde e outros prestadores/sistemas de cuidados (v.g., Leeson *et al.*, 2004; Nelson, 2005; Schroll, 2005; UN, 2002). Tem sido salientado que os preconceitos face aos idosos poderem ser “benévolos”, e também por isso, socialmente menos visíveis e mais aceites – não deixando por isso de ser prejudiciais (v.g. Abrams *et al.*, 2007; Nelson, 2005; Ray *et al.*, 2006). Traduzindo-se nomeadamente em linguagem infantilizante ou paternalista e comportamentos protectores, este tipo de atitude pode contribuir por exemplo para a redução das escolhas oferecidas e da consulta/participação na tomada de decisão e, genericamente, para o “desempoderamento” das pessoas idosas. Outra questão relevante é a internalização dos preconceitos pelos próprios idosos, afectando a identidade e auto-imagem – com potenciais consequências na saúde

¹⁴³ A essa conclusão chegou também o projecto europeu MERI (<http://www.own-europe.org/meri/pdf/summary-portugal-eng.pdf>) no que concerne especificamente à situação em Portugal: “*The first conclusion of the research work at the MERI project is that the issue of aging in a gender perspective is virtually absent from the Portuguese research agenda, as well as from those institutions and organizations responsible in the sphere of decision processes, namely political decisions*” (p. 1).

que podem ir desde reacções de *stress* e de redução de capacidades físicas e mentais, até à auto-limitação de horizontes/esfera de acção, passando por exemplo, pelo negligenciar da procura de cuidados médicos face a problemas de saúde porque são atribuídos à “idade” (Abrams *et al.*, 2007). No entanto, algumas pessoas idosas terão consciência deste *ageism* interiorizado, como demonstra o estudo de Fee *et al.* (1999), partilhando inclusive a ideia, suportada pela investigação científica, de que resistir a estes estereótipos, contrariando a acomodação à dependência e insistindo em manter o controle, é promotor de melhor saúde. Esse e outros estudos assinalam ainda “queixas” dos mais velhos quanto ao preconceito e discriminação de que são alvo - nomeadamente nos serviços de saúde, podendo mesmo levar os idosos a evitar procurar cuidados (Fee *et al.*, *ob.cit.*), e na sociedade em geral, associando-se à insuficiente participação pública e constituindo uma barreira percebida à qualidade de vida (v.g. Bryant *et al.*, 2004).

B.2.3.2. ACTIVIDADE LABORAL/PRODUTIVA

A questão do prolongamento da actividade laboral está no centro de algumas definições de “envelhecimento activo”, sendo a vertente da contribuição produtiva vs. dependência do sistema de pensões/ segurança social (a par dos custos com saúde) das principais preocupações políticas associadas ao envelhecimento demográfico – nomeadamente no quadro da UE, como denota a abordagem descrita na contribuição da Comissão Europeia/EC para a II WAA¹⁴⁴:

“As principais práticas nesta matéria [envelhecimento activo] incluem a aprendizagem ao longo da vida, o prolongamento do período de vida activa, o adiamento da idade de reforma e a introdução de um sistema de reforma mais gradual, bem como a continuidade de uma vida activa após a reforma e o desenvolvimento de actividades que permitam otimizar as capacidades individuais e manter um bom estado de saúde de cada pessoa. Essas práticas visam aumentar a qualidade média da vida dos indivíduos e, simultaneamente, ao nível societal, contribuir para um maior crescimento, menores encargos de dependência e poupanças substanciais nos domínios das pensões e da saúde.” (CE, 2002).

Os factores que condicionam essa continuidade da actividade são inúmeros - desde os aspectos de saúde e formação/educação do trabalhador às condições e exigências do mercado de trabalho e do contexto laboral, às políticas relativas à reforma e pré-reforma, sem esquecer as percepções, expectativas e normas culturais sobre estes temas. Sendo amplamente abordados noutros trabalhos não serão aprofundados na presente pesquisa - remetendo-se, por exemplo, para uma síntese ligada às questões da saúde, constante do relatório final do projecto Healthy Ageing (2007), que selecciona a reforma como um dos seus temas principais.

Mas para além dessa perspectiva política e societal, a questão da actividade económica e produtiva – e, talvez sobretudo, mais genericamente, das oportunidades de contribuição e inserção social, bem como da segurança económica – são também relevantes do ponto de vista do bem-estar/qualidade de vida e saúde individual. Um dos três domínios do modelo de “envelhecimento bem sucedido” Rowe e Kahn (1997) é o “Envolvimento com a vida”, que implica nomeadamente a manutenção de actividades produtivas. Estas porém, clarificam os autores, não têm de se restringir a trabalho pago, sendo que estudos nos EUA contemplando todas as actividades (remuneradas ou não) que geram bens ou serviços de valor económico, constataam que a maioria dos idosos dão um contributo produtivo de algum tipo, com frequência substancial. Mesmo diminuindo com a idade, tal contributo mantém-se significativo aos 75 e mais anos, destacando-se padrões diferentes de evolução consoante o tipo de actividade (trabalho pago, voluntariado, apoio informal a familiares e amigos, etc.). Também o referencial da OMS envelhecimento activo inclui o trabalho como um dos determinantes a considerar, salientando que tal implica reconhecer e apoiar a contribuição dos idosos também na esfera da actividade económica informal, o trabalho

¹⁴⁴ Já no texto final da Resolução – o Plano Internacional de Madrid sobre Envelhecimento, 2002 o que aparece valorizado é sobretudo a perspectiva de “*empowerment of older persons to fully and effectively participate in the economic, political and social lives of their societies, including through income-generating and voluntary work*” (§12), incluindo aspectos de reconhecimento da sua contribuição, criação de oportunidades e remoção de barreiras à participação activa, com combate à discriminação (UN, 2002, §21, §28).

doméstico não pago e as actividades voluntárias (WHO, 2002a). Por sua vez, o modelo de Kahana *et al.* (2003), inclui a “Substituição / Envolvimento em papéis” (profissionais; mas também organizacionais, cívicos e outros) como um dos tipos de comportamento, que, de um modo proactivo, os mais velhos podem adoptar, contribuindo para a sua qualidade de vida. Na CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS, 2004) estes aspectos são parte da Actividade/Participação (o ‘Trabalho e emprego’ inclui-se nas Áreas principais da vida; ‘Ajudar os outros’ é parte do domínio da Vida doméstica; a ‘Vida Comunitária, social e cívica’ englobará outras actividades deste tipo) – sendo também nesse contexto mais geral de Participação (B.1.1.3 e B.2.1.3) que serão essencialmente abordados no presente trabalho.

No entanto, três aspectos merecerão porventura atenção particular no que concerne à actividade laboral e seu término/reforma. O primeiro é a óbvia interligação com a questão da subsistência e segurança financeira dos indivíduos – permanecer ou sair do mercado de trabalho será muitas vezes condicionado por e influente sobre o rendimento individual, com patente articulação com o sistema de pensões existente e outras políticas sociais. Outra vertente que se tem revelado importante é a dos moldes em que ocorre o fim da actividade laboral, com destaque para a obrigatoriedade da reforma, que poderão contribuir de forma relevante para as repercussões desta nos indivíduos. Destaquem-se, a este propósito, dois dos Princípios das Nações Unidas relativos às pessoas idosas (UN, 1991):

“- *Older persons should have the opportunity to work or to have access to other income-generating opportunities.*

- *Older persons should be able to participate in determining when and at what pace withdrawal from the labour force takes place”.*

Um terceiro aspecto, ligado aos anteriores, é a abordagem da passagem à reforma como transição /acontecimento de vida (ver rubrica em B.2.1.4), com potenciais impactes significativos na saúde, quer por via da alteração da situação económica, de estatuto e papéis sociais, quer de outros aspectos interpessoais, psicológicos, etc.. Reconhecimento de tal se expressa, por exemplo, como uma preocupação na “Health21”: “*Little attention is paid to the health effects of declining social roles throughout the lifespan. Whereas adults have to shoulder multiple social and economic roles, they are often ill-prepared for a socially fulfilling life after regular employment comes to an end*” (WHO, 1999, p. 34) – e, em termos de intervenção, na *Pre-retirement Health Initiative* promovida no quadro do NHS-HDA no Reino Unido (Bowers *et al.*, 2003). Também em Portugal existe já investigação, nomeadamente sobre os aspectos psicológicos da passagem à reforma (v.g., Fonseca, 2005a) observando múltiplos padrões de funcionamento na vivência desta transição.

Em síntese – e numa abordagem muito superficial de um tema que não será aprofundado no presente trabalho - questões como oportunidades, incentivos, apoios e remoção de barreiras a diversas modalidades de participação produtiva (e social), a par da necessária segurança económica, bem como condições de preparação para a própria transição da actividade laboral para a reforma, serão aspectos com prováveis impactes na saúde e bem-estar das pessoas mais velhas - e inevitáveis implicações a nível societal mais amplo, no actual quadro de envelhecimento demográfico.

B.2.3.3. APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA, INFORMAÇÃO, CAPACITY BUILDING, LITERACIA

Abordam-se brevemente aqui questões relativas ao acesso dos indivíduos a informação/conhecimento e condições de desenvolvimento de competências¹⁴⁵ que, sendo relevantes para ajudar a lidar com os desafios quotidianos e participar em várias esferas da vida social, têm importantes repercussões na saúde e bem-estar físico, mental e social individual - para além de constituírem um recurso/asset societal/colectivo¹⁴⁶. Tal temática pode pois ser abordada em relação a múltiplos conteúdos (tantos quantos as

¹⁴⁵ Mas não a Educação, no sentido de escolaridade formal (inicial), que, enquanto determinante estrutural da saúde, com relação com a PSE dos indivíduos e as iniquidades em saúde, foi já tratada em B.2.3.1.

¹⁴⁶ Estas questões caberão genericamente no “novo conceito da Educação de Adultos”, proposto na *V International Conference on Adult Education*, como sendo “simultaneamente holístico, para abordar todos os aspectos da vida, e

dimensões de vida a que se aplique...) e em diferentes ângulos, quer centrados no indivíduo, suas características e comportamentos, quer nas oportunidades (e obstáculos) contextuais, quer ainda nos processos (de educação/aprendizagem/informação) envolvidos.

A continuação da **educação/aprendizagem** ao longo de toda a vida, incluindo entre as pessoas mais velhas, tem vindo a merecer crescente atenção - mormente com a conotação de formação profissional, no quadro das políticas que visam favorecer o prolongamento da actividade laboral (WHO, 2002a; cf. citação EC, 2002, em B.2.3.2). O entendimento actual da educação de adultos, no seu sentido mais rico e amplo, reporta-se, no entanto, à “procura de soluções para muitos dos problemas e desafios que afectam as sociedades actuais”, significando, ao nível dos indivíduos como das comunidades, “a oportunidade de realizar o seu potencial” (Melo *et al.*, 2002, pp. 17, 18).

No que toca em particular ao envelhecimento e à esfera da saúde, a OMS destaca ainda o papel da educação/ aprendizagem no desenvolvimento das competências e confiança necessárias à adaptação e manutenção da independência (WHO, 2002a). A educação/informação é além disso tradicionalmente estratégia-base nas intervenções de promoção da saúde, de auto-cuidados, de adesão terapêutica, etc. de que este grupo é alvo – e.g.: “*helping older people to care for themselves through life-long learning, for example universities for older people, adaptation of information technology and involvement of interest groups of older adults as partners in health promotion*” (Healthy Ageing, 2007, p. 18). Num quadro de PromS, esta perspectiva é levada mais longe, valorizando-se a “capacity building” dos intervenientes - com ênfase, numa óptica participativa, para a população beneficiária (ver Cap. 1-B.3.4) – não só em termos de informação, conhecimento, competências para o envolvimento em decisões de saúde a nível pessoal, mas também para uma participação a níveis de maior alcance, incluindo como actores chave no próprio processo de formulação de políticas públicas saudáveis, a título individual e/ou como parte de colectivos organizados, e.g. “novos movimentos sociais” (v.g. Bryant, 2002; Cook, Klein, 2005; Levin, Ziglio, 2002; Nutbeam, Harris, 2004; Milio, 2001)¹⁴⁷. O acesso à informação é, por outro lado, elemento central de questões emergentes como o consumerismo em saúde (v.g., o modelo de Kahana *et al.*, 2003, relativo a comportamentos de adaptação proactiva nas idades avançadas). Mais globalmente, a informação e a aprendizagem permanente são condições para um desenvolvimento pessoal continuado e exigências incontornáveis, na actual sociedade do conhecimento, para uma plena cidadania, participação - e empowerment (v.g. Aslop, Heinsohn, 2005; Rifkin, 2003; Melo *et al.*, 2002 - ver B.2.4).

A II Assembleia Mundial do Envelhecimento (UN, 2002) reconhece como questão central a “*provision of opportunities for individual development, self-fulfilment and well-being throughout life as well as in late life, through, for example, access to lifelong learning and participation in the community (...)*” (§ 12), sendo um dos temas do Plano de Madrid o “*Access to knowledge, education and training*” (§35-39) – fazendo eco de um dos Princípios das Nações Unidas relativos aos idosos: “*Older persons should have access to appropriate educational and training programmes*” (UN, 1991). Estas mesmas oportunidades são também reclamadas pelas próprias pessoas idosas, de acordo com vários estudos em que nomeadamente o acesso adequado a informação é apontado como característica essencial das “Age-friendly cities” (WHO, 2007a), factor contribuindo para a qualidade de vida (v.g., Bryant *et al.*, 2004) e para uma vida com independência (v.g., Audit Commission, 2004a) – incluindo, entre vários outros aspectos, uma faceta de informação e aconselhamento “*from an independent source to help older people to navigate their way*

transsectorial, para incluir todas as áreas de actividade cultural, social e económica” (UNESCO, 1997 – citada em Melo *et al.*, 2002, p. 22). Saliente-se que neste quadro “por educação de adultos se entende o conjunto de processos de aprendizagem, formal ou não” (*idem*, p. 23), podendo abarcar o ensino escolar e formação profissional, outras actividades estruturadas (e.g. as escolas de educação popular dos países nórdicos ou as universidades da 3ª Idade), mas também processos informais – nomeadamente os que se enquadram no conceito de “sociedade educadora”, em que tudo pode e deve tornar-se uma oportunidade para aprender e para realizar o potencial de cada um” (*idem*, p. 71), incluindo processos de mobilização colectiva ou, mais simplesmente, o aproveitamento do potencial educativo de equipamentos culturais, media e TICs (*idem*).

¹⁴⁷ Assinale-se que se entendida nos termos da “*New Health Education*” que Green (2008) propõe, a educação para a saúde aproxima-se também do sentido mais amplo que aqui se associa a CB, já que, ao invés de se ficar pelos mais tradicionais objectivos de persuasão e/ou facilitação de uma racional (e ilusória liberdade de) escolha, pode visar objectivos de *empowerment* e de consciencialização crítica (junto dos indivíduos, comunidades e profissionais), contribuindo assim para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, acção colectiva e participação.

around the system and find out about the opportunities and services that are available” (Audit Commission, 2004a, p. 7).

Assinale-se que a implementação de efectivas oportunidades de informação e de aprendizagem para esta população requer atenção a inúmeras questões: conteúdos relevantes, adequação da linguagem, suportes e tecnologias envolvidas, pontos de acesso, entre outros aspectos. Estes deverão ter em conta os interesses, atitudes, os níveis educacionais (frequentemente baixos), a experiência e acesso face às novas TIC, possíveis limitações sensoriais, de mobilidade e outras, etc.¹⁴⁸. “*Self-directed learning, increased practice and physical adjustments*” serão aspectos a valorizar (WHO, 2002a, p. 29). Também as atitudes e estilos preferenciais de aprendizagem terão possíveis especificidades. Isso mesmo sugere uma investigação sobre o papel da educação nesta fase da vida, verificando que esta gera considerável interesse entre os mais velhos, para os quais traz vários benefícios (não sendo a aquisição de conhecimento o mais importante), e observando que a aprendizagem ocorre por várias vias, sendo vista sobretudo como uma actividade informal, parte integral do quotidiano (Withnall, Thompson, 2003, citados em Walker, 2004).

O conceito de **literacia** (a que já se fez referência) capta, agora do ponto de vista do indivíduo, muitas das questões anteriores. Numa revisão de literatura sobre a relação entre literacia e saúde no Canadá, Rootman e Ronson (2005) contemplam quer a “literacia geral” (que inclui “*reading and listening ability, numeracy, speaking ability, negotiation skills, critical thinking and judgment*” – *ob. cit.*, p. S63) quer a “literacia em saúde” e outras literacias (cultural, dos media, científica, etc.). Encontram evidência de efeitos na saúde, alguns deles directos - nomeadamente no estado geral de saúde, na saúde mental, na comorbilidade, merecendo especial atenção problemas na compreensão das instruções dos medicamentos e outras (com consequentes riscos de segurança e na adesão à terapêutica, p.ex.), aspectos em que salientam a especial vulnerabilidade dos mais velhos. Mas haverá também efeitos indirectos – por exemplo, decorrentes da associação com estilos de vida, rendimento, uso de serviços de saúde ou níveis de stress. Por sua vez, entre os possíveis determinantes da literacia, os autores salientam a educação, mas também a cultura, o género, as condições de vida, o desenvolvimento infantil, a capacidade pessoal – e o envelhecimento, havendo dados que sugerem um declínio da literacia nas idades avançadas (podendo, por exemplo, a perda de capacidades de leitura acentuar-se pela falta de prática). No referencial da OMS, educação e literacia são apontados como determinantes do envelhecimento activo, observando-se que “*low levels of education and illiteracy are associated with increased risks for disability and death among people as they age*” (WHO, 2002a, p. 29).

No que toca mais especificamente à “**literacia de saúde**” (LS), há também investigação empírica sugerindo que baixos níveis de LS se associam nos idosos a pior saúde subjectiva e pior saúde mental, altas taxas de hospitalização e menor recurso a serviços preventivos como vacinação (Rootman, Ronson, 2005); assim como a comorbilidade, fraco acesso a cuidados de saúde, baixo ESE, podendo ser um factor de risco independente para iniquidades em saúde (Sudore *et al.*, 2006), consequências tanto mais preocupantes quanto a baixa LS será bastante prevalente neste grupo (*idem*; Kutner *et al.*, 2006).

Importa notar que há diversos entendimentos de LS. Definições recentes, como: “*the ability to make sound health decisions in the context of everyday life – at home, in the community, at the workplace, in the health care system, the market place and the political arena.*” (Kickbusch *et al.*, 2006, p. 8) sublinham a ligação com o *empowerment* e a participação e subentendem um conceito complexo, envolvendo conhecimento, mas também competências cognitivas e sociais, confiança e motivação para “*gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*” (Nutbeam, 1998, p. 10), remetendo para a acção sobre os vários tipos de determinantes da saúde e não só os aspectos relativos aos cuidados de saúde e estilos de vida. A maioria da investigação existente tende porém ainda a adoptar definições mais simplistas - e conformes a concepções biomédicas da saúde –, na linha que Nutbeam (2008a) designa de LS “como um factor de risco”, relevante no processo de cuidados clínicos;

¹⁴⁸ A concepção actual de Educação de Adultos salienta genericamente que não basta criar as actividades, impondo-se uma atenção especial para assegurar o envolvimento de grupos tendencialmente excluídos – como é o caso dos idosos –, garantindo quer os requisitos indispensáveis à aprendizagem (incluindo a promoção da consciencialização e *empowerment*), quer a intervenção sobre factores que constituam obstáculos específicos (Melo *et al.*, 2002).

contrapondo-se à visão da LS “como um recurso/asset” – mais concordante com a perspectiva de PromS adoptada -, mais recente e menos desenvolvida. Um modelo anterior de Nutbeam (2000), identificando três tipos de literacia é pertinente para esta distinção: a literacia funcional/ básica - “*sufficient basic skills in reading and writing to be able to function effectively in everyday situations*” (p. 263), corresponderá ao tipo de definição de LS mais usual¹⁴⁹; níveis mais exigentes (e menos estudados) serão: a literacia comunicativa/ interactiva (“*more advanced cognitive and literacy skills which, together with social skills, can be used to actively participate in everyday activities, to extract information and derive meaning from different forms of communication, and to apply new information to changing circumstances*”, p. 263) e a literacia crítica (“*more advanced cognitive skills which, together with social skills, can be applied to critically analyse information, and to use this information to exert greater control over life events and situations*”, p. 264). Tais diferenciações têm também importantes implicações para a intervenção visando melhorar a LS (e a literacia em geral). O acesso a informação adequada é essencial – mas insuficiente (Kickbusch *et al.*, 2006, p. 9). As estratégias de comunicação – da mais tradicional educação dos pacientes, ao marketing social e até aos mais recentes programas de modificação comportamental (e.g., Piotrow *et al.*, 2003) - poderão ser úteis para difundir ideias, motivar e até criar contextos mais favoráveis à mudança. Mas, tal como os mais habituais programas educacionais visando competências pessoais e sociais, não garantem a consciencialização sobre o conjunto dos determinantes da saúde, as competências críticas e de acção social e política, tanto individual como colectiva, inerentes aos níveis mais elevados de literacia em saúde. Estes últimos requerem vivências informais e processos comunicativos e educativos que “*draw upon personal experience, invite interaction, participation and critical analysis*” (Nutbeam, 2008a, p. 2075), de que são exemplo os métodos de educação de adultos de P. Freire (Nutbeam, 2000). Orientações gerais a que acresce a obrigatória atenção às especificidades já apontadas a propósito dos processos de aprendizagem nos idosos – bem como à própria heterogeneidade desta população.

B.2.3.4. SISTEMAS/SERVIÇOS DE SAÚDE, SOCIAIS E OUTROS. FACTORES MACRO-ESTRUTURAIS

Embora ficando já além do âmbito definido para o presente trabalho¹⁵⁰, merecem superficial referência os – fundamentais - determinantes da saúde remetendo para o nível dos serviços / cuidados de saúde e sociais (amplamente abordados noutros trabalhos) e para toda a gama de políticas, mecanismos e dinâmicas sociais, culturais, económicas, etc. – no plano local, regional, nacional e internacional – com impacto na saúde e nas desigualdades em saúde.

É evidentemente inegável a importância – acrescida na população idosa – do **Sistema de Saúde**, ainda que possam existir diferenças no peso que lhe é atribuído ou no modo como é conceptualmente enquadrado: como um dos determinantes sociais da saúde (v.g., Solar, Irwin, 2007, p. 34), parte das condições de vida (v.g. modelo de Dahlgren e Whitehead, 2006) ou dos factores contextuais/ ambientais (v.g., CIF: OMS, 2004) ou ainda autonomizado dos restantes determinantes “não médicos” (v.g. modelo de determinantes adoptado em ‘Healthy People 2010’¹⁵¹). Se é frequente essa importância centrar-se/ restringir-se aos cuidados de saúde, tem vindo porém a ser cada vez mais explicitada a necessidade de uma visão mais alargada das funções do sistema de saúde. No essencial trata-se, por um lado, de reorientar os serviços para além do foro curativo, com ênfase no papel fundamental da prevenção (primária, secundária e terciária), protecção e promoção da saúde – uma perspectiva no geral incontestada, mas de difícil implementação (mais ainda na medida em que envolva reatribuição de recursos actualmente dispendidos em cuidados clínicos). Implica, por outro, reconhecer a necessária

¹⁴⁹ Por exemplo, “*adequate functional health literacy means being able to apply literacy skills to health related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care*” (Parker *et al.*, 1995 - citado em Nutbeam, 2000, p. 263).

¹⁵⁰ Em termos de abordagem sistemática – já que alguns dados empíricos a apresentar remetem para este plano mais amplo de influência sobre a saúde.

¹⁵¹ Trata-se do actual plano nacional de saúde pública nos EUA (US-DHHS, 2000).

interligação com outros sectores e actores fora do âmbito estrito tradicional dos serviços de saúde – quer na actuação a montante e a jusante dos problemas de saúde, quer na própria prestação de cuidados.

No entanto, o tipo de problemáticas de saúde que caracteristicamente afecta a população idosa (com destaque para as doenças crónicas) torna particularmente evidente também a urgência da reorganização dos próprios cuidados curativos. Inclui-se aqui a necessidade de evoluir da tradicional e ainda predominante abordagem centrada no profissional de saúde e em situações episódicas agudas, para um modelo de cuidados contínuo, abrangente (WHO, 2002a) e centrado no indivíduo/comunidade – de que é exemplo o preconizado no projecto Cuidados Inovadores para Problemas Crónicos/- *Innovative Care for Chronic Conditions*, da OMS (WHO, 2002c). De destacar ainda o caso mais específico dos cuidados de saúde primários, que tendo um importante papel em termos preventivos, de rastreio precoce e gestão dos problemas de saúde, apresentam frequentemente inúmeras desadequações e barreiras à utilização pelas pessoas mais velhas – ponto de partida para a abordagem “*Towards age-friendly primary health care*” da OMS (Kalache *et al.*, 2004). As dificuldades inventariadas a este nível são de natureza diversa – indo desde as questões do transporte e características do espaço físico que dificultam a acessibilidade, a problemas com os procedimentos administrativos, passando pela falta de tempo e de formação na área geriátrica do pessoal de saúde (*idem*).

Neste grupo etário, é simultaneamente pregnante a referida necessidade de articulação próxima de diversos sectores – com destaque para os serviços sociais (WHO, 2002a), desde logo, mas não exclusivamente, no quadro dos cuidados de longa duração¹⁵², em que a intervenção é cada vez mais pensada de forma integrada, abrangendo várias “valências” dos diversos sistemas formais e informais de apoio, em contexto tanto institucional como comunitário. Tais cuidados requerem por sua vez atenção a uma série de outras vertentes de enquadramento que extravasam os sistemas de cuidados: desde as medidas de apoio aos cuidadores informais (v.g., Audit Commission, 2004c; e no contexto nacional, Gil, 2007b; Sousa, Figueiredo, 2004) até, por exemplo, às necessárias adaptações habitacionais e tecnologias de apoio.

Um outro aspecto a justificar especial atenção na prestação dos cuidados de saúde é o evitar da discriminação de que a população mais idosa possa ser alvo, quer no próprio acesso aos serviços e cuidados (v.g., Kalache *et al.*, 2004), quer na forma como as pessoas são tratadas: “*recent studies have revealed that elders seeking health services are often treated with a lack of respect and dignity (...). Ageism in health care can be compounded by poverty, low education, racism, and cultural insensitivity*” (Butler, Cohen, 2006, p. 5).

Mais genericamente, importa atentar ao papel que os serviços de saúde podem desempenhar no gerar – e compensar – de desigualdades sociais em saúde (ver B.1.2). De facto, “*inadequate access to essential health services is one of several determinants of social inequities in health. It may not be the major determinant, but it is an important one for the health sector to tackle directly*” (Whitehead, Dahlgren, 2006, p. 7) – temática que, no que toca à população idosa nacional foi também já objecto de investigação, destacando-se designadamente o papel da distribuição geográfica dos serviços nas iniquidades observadas (Santana, 2000). Mas além de visar a equidade no acesso – económica, geográfica, cultural –, a estruturação do sistema de saúde tem ainda importante função noutra vertente das iniquidades: o evitar das consequências dos problemas de saúde na (deterioração da) posição socioeconómica dos indivíduos. Há, em especial, que atender ao problema crescente da pobreza resultante dos gastos com cuidados médicos e medicamentosos (v.g. Solar, Irwin, 2007; Whitehead, Dahlgren, 2006), mas também, por exemplo, à reabilitação e reintegração dos doentes e compensação de incapacidades. Caberá, finalmente, ao sistema de saúde assumir papel activo na liderança e coordenação de políticas visando garantir a ampla intervenção intersectorial necessária para fazer face aos determinantes sociais da saúde e das iniquidades em saúde.

¹⁵² Os cuidados de longa duração são definidos pela WHO/MMF como “*the system of activities undertaken by informal caregivers (family, friends, and/or neighbours) and/or professionals (health, social, and others) to ensure that a person who is not fully capable of self-care can maintain the highest possible quality of life, according to his or her individual preferences, with the greatest possible degree of independence, autonomy, participation, personal fulfilment, and human dignity*” (2000, p. 6).

Uma última questão, mais específica, que merece destaque no que concerne à população idosa, refere-se à medicação. Um primeiro aspecto a considerar é a (baixa) adesão à terapêutica, generalizadamente reconhecida como um problema, em especial nas terapias de longa duração associadas às condições crónicas (ver também B.2.1.3). Menos reconhecido será que *“although patients are frequently blamed for failing to follow regimens as they are prescribed, nonadherence is fundamentally a failure of the health care system. Health care that provides appropriate information, support, and ongoing surveillance can improve adherence”* (WHO, 2002c, p. 8). No caso dos idosos, diversos factores poderão agravar ainda mais este que é um fenómeno multi-determinado e *“depends on an interaction of medical, medication, personal, and economic factors”* (Ownby, 2006).

Mas a medicação está associada a diversos outros problemas nos idosos, tanto mais que este grupo etário é grande consumidor de fármacos (v.g., WHO, 1999), acumulando com frequência múltipla medicação, por períodos de tempo prolongados. A iatrogenia é uma complicação comum, com riscos acrescidos de toxicidade e reacções adversas resultantes nomeadamente de alterações fisiológicas do envelhecimento¹⁵³ e de interacções medicamentosas; mas têm também sido apontadas deficiências na prescrição aos idosos no sentido da subutilização de terapêuticas úteis. A título ilustrativo, uma investigação, efectuada junto de idosos com apoio domiciliário em diversos países europeus, verificou que o uso de medicação considerada potencialmente inapropriada para este grupo etário¹⁵⁴ é muito frequente (19,8% com pelo menos 1 medicamento inadequado), embora com significativas diferenças regionais (oscilando entre 41% em Praga, e 5,8% na Dinamarca, com, p.ex., 26,5% na Itália) (Fialová *et al.*, 2005). Outro dado interessante deste estudo refere-se aos preditores do uso inadequado de medicação: baixo nível económico dos utentes, polifarmácia, uso de medicação ansiolítica e depressão. Na perspectiva da prescrição inadequada, acresce ainda a ideia de que nalgumas situações ela seria dispensável face a adequados serviços de reabilitação (WHO, 1999). As consequências dos problemas com a medicação são potencialmente graves, constituindo importante causa de hospitalização e de morte nos idosos; mas também, por exemplo, de perdas de aptidão funcional ou, indirectamente, de incapacidade na sequência de quedas associadas ao seu uso (WHO, 2002a). Finalmente, relembrem-se ainda as potenciais implicações do pesado encargo económico que os medicamentos podem representar, com o inerente risco deste grupo da população não adquirir fármacos necessários e/ou a ver significativamente reduzidos rendimentos familiares já de si parcos (v.g., WHO, 2002a) – contribuindo assim para agravar desigualdades sociais em saúde.

A formação/qualificação dos prestadores de cuidados (profissionais de saúde e serviços sociais – mas também cuidadores informais), adequada às especificidades desta população e serviços que requer constitui também um factor essencial a considerar – bem como mais genericamente a incorporação de (in)formação gerontológica nos currículos de muitas outras áreas profissionais (v.g., WHO, 2002a).

Os **sistemas de protecção e segurança social** são determinantes da saúde e qualidade de vida e das iniquidades em saúde (v.g., WHO, 2002a; CSDH, 2008), de importância acrescida no que respeita às pessoas idosas, deles dependendo em boa medida - designadamente em países europeus - o nível de rendimento/acesso a recursos e de segurança financeira de que gozam¹⁵⁵.

Estão muito particularmente em causa os regimes de pensões de reforma por velhice (e/ou associadas a outras eventualidades como invalidez e sobrevivência) – mas também a existência de outras prestações pecuniárias ou acesso a serviços e equipamentos sociais e prestações em espécie, constituindo uma “rede de segurança” que assegure apoio em situação de maior vulnerabilidade, precavendo e reparando

¹⁵³ Algumas insuficientemente conhecidas, tanto mais que os grupos etários mais velhos são frequentemente excluídos dos ensaios clínicos farmacológicos.

¹⁵⁴ Não existindo critérios especificamente definidos para a Europa, foi considerada uma lista de medicamentos a partir das definições de especialistas (Beers - EUA e McLeod - Canadá), quanto a “medicamentos que devem ser evitados nos idosos” (note-se que não se incluíram neste estudo critérios de omissão ou relativos, por exemplo, a interacções entre medicamentos).

¹⁵⁵ Para uma discussão detalhada do impacto destes factores na saúde ver B.2.3.1/PSE-Rendimento.

as situações de pobreza e exclusão. Apesar da importância complementar destas últimas medidas, dirigidas aos grupos mais desfavorecidos, estudos internacionais, comparando nomeadamente o “modelo Nórdico” com os de outros países, em termos de consequências para saúde da população, concluem a favor da importância de políticas sociais de carácter universal (i.e., associadas à ideia de direitos sociais de todos os cidadãos, por contraponto a medidas selectivas), designadamente no que toca aos mais velhos (Lundberg *et al.*, 2008). A investigação revela ainda que “*countries with more generous social protection systems tend to have better population health outcomes, at least across high income countries for which evidence is available*” (CSDH, 2008, p. 85), sendo que, nomeadamente, “*the more generous the basic security pensions the lower the excess mortality among the old. In countries with more generous pensions there is less ill-health among the elderly*” (Lundberg *et al.*, *ob. cit.*, p. iii). Poder-se-á enquadrar no âmbito das políticas de protecção social a componente de incentivo a esquemas complementares, obrigatórios ou facultativos, de poupança, seguros, etc. que contribuam para a segurança económica na velhice, doença ou incapacidade (v.g., WHO, 2002a).

De lembrar ainda as importantes implicações para este domínio das políticas e dinâmicas laborais, nomeadamente na medida em que condicionam a idade e forma (compulsiva ou facultativa, gradual ou abrupta) de passagem à reforma (ver 2.3.2).

Um outro aspecto da política de segurança social com repercussões relevantes para a população idosa é a do papel que poderá ter (ou não) no incentivo/viabilização dos cuidados informais, em especial familiares – por exemplo, através da hipótese de opção por prestações pecuniárias (em alternativa a serviços) na situação de dependência de terceiros¹⁵⁶ e de outras compensações, benefícios e apoios que preveja para quem presta cuidados a familiares (v.g., CE, 2003).

Condicionando assim, de forma directa, o acesso a rendimento e outros recursos essenciais para a saúde, bem como indirectamente outros determinantes relevantes para a população idosa, o sistema de protecção social tem um destacado lugar entre os determinantes sociais das iniquidades de saúde (cf. B.1.2)¹⁵⁷. Desde logo influencia, a montante, a(des)igualdade na distribuição do rendimento e estratificação social na sociedade, mas tem também influência no atenuar dos seus impactes, compensando situações de maior desvantagem económica e reduzindo a exposição e vulnerabilidade a factores prejudiciais à saúde nos grupos mais desfavorecidos. Finalmente, é ainda crucial para moderar as consequências diferenciais da doença e incapacidade (v.g. Solar, Irwin, 2007). Merece um destaque particular o papel muito significativo que este sistema terá na redução das desigualdades na situação das mulheres idosas – e em especial das viúvas, identificadas com um dos grupos sociais mais vulneráveis (CSDH, 2008, p. 86) -, que muito frequentemente, pela sua história de trabalho como “domésticas” ou no sector informal, não asseguraram uma carreira contributiva que lhes garanta pensão de reforma adequada (WHO, 2002a).

Num outro ângulo ainda, será de lembrar que, em particular os sistemas de reforma, terão significativas repercussões indirectas no significado e na vivência associados, em dada sociedade, a esta etapa da vida, já que, como salienta A. Fernandes, “a reforma é a componente eminentemente social da (...) noção de pessoa idosa” (1997, p.16), estando historicamente ligada à “emergência da velhice enquanto categoria social” (*idem*, p., 2) e, necessariamente, à sua representação, incluindo o entendimento da mesma como um problema social.

O impacte na saúde da população idosa dos direitos (e obrigações) consagrados pelo sistema de segurança social, pode, portanto, ser analisado em diversas frentes – sendo adicionalmente de considerar, a forma como se organiza do ponto de vista da facilitação do acesso. Com efeito, dados do Reino Unido, por exemplo, revelam que um número importante de idosos não acederão a apoios a que têm direito (Leeson *et al.*, 2004), chamando a atenção, nomeadamente, para a importância de facilitação de procedimentos e adequados sistemas de informação e aconselhamento sobre estas matérias (Audit Commission, 2004a).

¹⁵⁶ Assinale-se que há indicação de que o facultar a possibilidade de decisão do próprio sobre esta matéria é, em si mesmo, um aspecto valorizado pelas pessoas idosas (Leeson *et al.*, 2004).

¹⁵⁷ No referencial que serviu de apoio ao trabalho da CSDH da OMS (Solar, Irwin, 2007), é mais especificamente enquadrado como um dos “*social and political mechanisms that generate, configure and maintain social hierarchies*” (p. 34), fazendo pois parte do conjunto de factores a atentar ao nível do contexto socioeconómico e político.

Outros aspectos do contexto social, económico e político

Embora não haja sequer possibilidade de os enumerar exaustivamente no âmbito do presente trabalho, convém ter presente que, da política de transportes à de habitação e urbanismo, da educação à imigração, da política fiscal à macroeconomia, passando pela qualidade da governança e democracia, a regulação do comércio internacional e as mudanças climáticas, mas também pelas dinâmicas culturais e valores sociais, muitos são os factores e mecanismos, ao nível “macro”, a ter em conta pela sua influencia na saúde e bem-estar dos idosos, bem como na equidade na sua distribuição.

B.2.4. Ainda outra questão transversal: Empowerment

“Empowerment is recognized both as an outcome by itself, and as an intermediate step to long-term health status and disparity outcomes” (Wallerstein, 2006, p. 4)

O conceito de **empowerment** (ver caixa) – entendido, **em saúde**, como um *“process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health”* (Nutbeam, 1998, p.6) – é central em promoção da saúde (v.g., Goodstadt *et al.*, 2001). Apontado por alguns como critério “identitário” primário deste tipo de intervenção (Rootman *et al.*, 2001), é assumido como valor ético essencial no Referencial PromS. Deverá pois constituir, de acordo com a perspectiva adoptada, um princípio estruturante da acção, reflectindo-se nas várias estratégias e processos de intervenção. Mas - como igualmente se salientou no Cap. 1/PromS – o *empowerment* de indivíduos e grupos pode e deve também ser explicitamente assumido como objectivo de intervenção. Tal justifica-se quer por “direito próprio”, quer pela sua contribuição, a prazo, para a melhoria da saúde e a redução das desigualdades sociais e em saúde (v.g., Wallerstein, 2006; CSHD, 2008).

Quanto à efectividade do *empowerment* na melhoria da saúde, a revisão de literatura apresentada no recente Relatório HEN - WHO Europe conclui que embora a evidência seja ainda pouco abundante¹⁵⁸, é indicativa da utilidade e viabilidade de estratégias neste domínio (Wallerstein, 2006). Cingindo-se a investigações adoptando uma definição ampla de *empowerment*, contemplando múltiplas esferas de vida e integrando o *empowerment* psicológico com os níveis organizacional e comunitário, a literatura abarcada nesse relatório foca diversas populações socialmente excluídas, mas não especificamente os idosos. São, no entanto, analisados estudos em áreas potencialmente relevantes para este grupo – como é o caso das intervenções de *empowerment* de pacientes ou consumidores – abrangendo situações como diabetes, osteoporose, doença pulmonar crónica e outras doenças crónicas. Estes revelam um impacte significativo na saúde e qualidade de vida dos doentes - nomeadamente ao nível da auto-gestão da doença, uso dos serviços de saúde e saúde mental¹⁵⁹. Entre as estratégias associadas a tais resultados favoráveis contam-se a promoção da colaboração e “*mastery*” do paciente face ao problema de saúde, sessões educativas de grupo, ambientes facilitadores e diálogo, bem como intervenções de advocacia (*idem*, p.12). Também intervenções de *empowerment* recorrendo à acção/organização intersectorial têm comprovados resultados positivos na saúde – por exemplo, em projectos dedicados às condições de habitação, ou segurança local, entre vários outros domínios (*idem*).

¹⁵⁸ De resto, a complexidade própria do *empowerment* e da intervenção neste domínio torna difícil a sua avaliação – sendo em particular, praticamente impossível a aplicação das abordagens mais tradicionais de investigação e de um design de tipo experimental (Wallerstein, 2006, p. 20).

¹⁵⁹ Por exemplo, em relação à diabetes: “*Self-management education for diabetes patients has shown impact through two systematic reviews; eleven studies of group-based education found improvements in diabetes control, knowledge and need for medication, associated with increased self-empowerment, self-management skills and treatment satisfaction (126). Seventy-two studies showed short-term effects in self-management, dietary habits and disease control, with empowering characteristics such as patient decision-making and small group dialogue more effective than didactic sessions (127).*” (*idem*, p. 11).

Mais literatura existe documentando a relação com a saúde e bem-estar dos idosos de componentes específicas / definições mais limitadas de *empowerment*. Para a vertente de *empowerment* psicológico é central a noção de controle (e constructos afins) – explorados mais detalhadamente na rubrica Determinantes psicológicos/B.2.1.2 – existindo extensa literatura relativa ao seus efeitos benéficos ao longo da vida¹⁶⁰. A título ilustrativo, no que concerne ao controle percebido e à população mais velha, Bailis e Chipperfield (2002) citam diversos estudos baseados em inquéritos, estabelecendo uma associação consistente deste com a saúde subjectiva, doenças crónicas e longevidade, bem como investigação prospectiva e experimental que indica que a percepção de controle será a causa da melhoria da saúde e não (somente) o inverso.

Por sua vez, o conceito de auto-eficácia de Bandura¹⁶¹, proximamente relacionado com o de controle (v.g., Skinner, 1996), reúne já consolidada evidência de influência especificamente na saúde dos idosos, incluindo, como salienta a revisão de literatura de Galvin *et al.* (1999), nas áreas de funcionamento físico, cognitivo e social. Mas para lá da eficácia no plano individual, também a eficácia colectiva se tem vindo a afirmar relevante em diversos contextos significativos para as idades avançadas: Maddox (2000), por exemplo, salienta a sua importância na teoria e investigação relativa à “habitação assistida / *assisted living housing facilities*”, sugestiva de que um ambiente social/institucional que incentive a autonomia, a escolha, o envolvimento nas decisões por parte dos residentes, promove o bem-estar, facilita a adaptação à mudança e reduz o uso inapropriado de serviços.

Inúmeros trabalhos existem, por outro lado, focando estratégias de fomento de diversas componentes do *empowerment* das pessoas mais velhas – merecendo destaque a atenção crescente às circunstâncias e metodologias que favorecerão o seu maior envolvimento na tomada de decisão, desde o nível micro, dos cuidados individuais, até ao macro, do planeamento de serviços e políticas relevantes para a saúde (v.g., Cook, Klein, 2005).

Sendo questão crucial para a generalidade das populações socialmente excluídas (Wallerstein, 2006), diversos factores individuais e sociais concorrem para colocar as pessoas mais velhas em particular risco de “desempoderamento” (v.g. Teixeira, Leão, 2002 citando Myers, 1993 e outros). Janlöv e colegas (2006), apoiando-se no trabalho de outros autores, salientam a baixa posição na hierarquia social que os idosos geralmente assumem nas nossas sociedades e a probabilidade acrescida de fragilidade, que se podem somar a desigualdades socioeconómicas, de género, e outras, criando uma situação de importante desvantagem nomeadamente na participação e exercício de poder face aos cuidados sociais e de saúde (agravada pela tradição de poder profissional que habitualmente impera nestes sistemas). Os próprios eventos normativamente expectáveis – incluindo problemas de saúde crónicos, lutos e reforma –, a par da diminuição de recursos pessoais nesta etapa da vida, contribuirão para a provável vivência de situações de menor controle mesmo num plano mais individual (v.g. Teixeira, Leão, 2002).

Se tudo indica que a atenção ao *empowerment* é essencial também e até talvez especialmente para a promoção da saúde dos mais velhos, em contrapartida convém igualmente ter presente que os diferentes grupos etários, culturais, etc., podem atribuir significados e valor distinto a diversas componentes de *empowerment* (v.g. Afshar *et al.*, 2002¹⁶²), e que inclusive, por exemplo, os efeitos no bem-estar subjectivo ou na saúde de algumas vertentes/estratégias de controle podem variar com a idade e as circunstâncias

¹⁶⁰ Skinner (1996), por exemplo, cita um amplo corpo de investigação sociológica e psicológica demonstrando que o sentimento de controle é um robusto preditor de bem estar físico e psicológico e que “*both experimental and correlational studies have shown that across the life span, from earliest infancy to oldest age, individual differences in perceived control are related to a variety of positive outcomes, including health, achievement, optimism, persistence, motivation, coping, self-esteem, personal adjustment, and success and failure in a variety of life domains.*” (p. 549). Assinale-se, em todo o caso, que a literatura sobre controle (percebido) abarca uma enorme diversidade de conceitos e componentes, nem todos com implicações idênticas para a saúde/bem-estar do idosos (v.g. Wrosch *et al.*, 2000) ou igual relevância para uma perspectiva de *empowerment*.

¹⁶¹ “*Self-efficacy beliefs*” foram definidos como “*people’s beliefs about their capabilities to exercise control over events that affect their lives*” (Bandura, 1989, p. 1175, citado em Skinner, 1996).

¹⁶² Num estudo sobre *Women, ethnicity and empowerment in later life* estes autores destacam que, em certos casos, sentimentos subjectivos de *self-worth* podem ser mais importantes que a acção ou agência.

de vida (Galvin *et al.*, 1999; Wrosch *et al.*, 2000). Tal reforça a necessidade de evitar perspectivas uniformizadoras, procurando ajustar as intervenções de *empowerment* às características e contextos específicos dos envolvidos, não só em termos das estratégias a adoptar (Wallerstein, 2006) mas dos próprios objectivos visados.

A relevância do *empowerment* tem também sido sublinhada no contexto da questão das desigualdades sociais em saúde. Merecem aqui destaque os trabalhos da Comissão da OMS relativa aos determinantes sociais - CSDH -, que concluem que uma das orientações chave para as políticas neste domínio será “*social participation and empowerment as crucial components of a successful policy agenda on SDH and health equity*”, por razões de ordem simultaneamente ética e pragmática (Solar, Irwin, 2007, p. 54). É em particular o *empowerment* político que se torna aqui crítico, alterando desequilíbrios na distribuição do poder à escala societal e global - e implicando estruturas que assegurem equidade nos direitos e condições para o seu exercício, incluindo medidas que viabilizem a inclusão e participação na tomada de decisão política e a vitalidade da sociedade civil e movimentos sociais (CSDH, 2008, p. 155). Marmot (2007) igualmente salienta que o *empowerment* – dos indivíduos, mas também das comunidades, instituições e nações – está no cerne da preocupação com os determinantes sociais e a iniquidade em saúde, remetendo para a ideia de “*freedom to lead flourishing lives*” (p. 1155) subjacente ao trabalho do laureado com o Nobel em economia, Amartya Sen¹⁶³.

Também Navarro (2007) aponta o *empowerment* e socialização como uma das componentes centrais de uma política nacional de saúde, salientando que as intervenções a este nível estabelecem uma ponte entre os dois outros tipos de determinantes a contemplar: os estruturais (factores políticos, económicos, sociais e culturais) e os individuais (ligados aos comportamentos/estilos de vida). Focando aqui sobretudo a componente de participação /acção colectiva¹⁶⁴, o autor salienta que intervenções que eduquem, consciencializem, encorajem e facilitem o envolvimento dos indivíduos em esforços não só individuais mas também colectivos, são uma via crucial para canalizar energias de uma forma produtiva para a sociedade – e contrariar a alienação e competição, elas próprias geradoras de patologia. Navarro sublinha não só a forte evidência existente da influência que movimentos colectivos podem ter na mudança das condições de saúde das populações (ilustradas por exemplos históricos como “Black Panthers” nos EUA), como também o facto de que o compromisso/desejo de ajudar os outros e a solidariedade, com as redes de suporte que engendra, são em si mesmos factores promotores da saúde individual.

Elementos para uma definição de *Empowerment*/empoderamento Caixa 1

Trata-se de um conceito complexo - e não isento de ambiguidades e contestação (cf., Solar, Irwin, 2007). “*Although it means different things to different people, countries, and cultures, the concept does share certain common characteristics. These include the following: (i) it applies to the individual and the collective /community; (ii) it addresses the issue of power and control over resources and the direction of one’s own life; (iii) it addresses issues of capacity and confidence-building of both individuals and communities; and (iv) it sees active participation as necessary but not sufficient contribution.*” (Rifkin, 2003, p.170)

Assume-se aqui que o seu entendimento requer uma perspectiva ecológica e dinâmica, abrangendo múltiplos níveis e domínios. A revisão de literatura promovida pela WHO-HEN (Wallerstein, 2006), à semelhança de outros trabalhos (v.g., Schulz *et al.*, 1995) distingue designadamente os níveis psicológico/individual, organizacional e comunitário. Demarca-se assim de abordagens mais reducionistas que tendem a reduzir o *empowerment* à sua dimensão individual (focando, por exemplo, decisões pessoais, sem contemplar a influência social e política) ou mesmo psicológica (escamoteando,

¹⁶³ Sen, 1999, citado em Marmot, 2007.

¹⁶⁴ É interessante notar que outros trabalhos têm igualmente abordado conceitos associados ao *empowerment*, enquanto contributo para compreensão das iniquidades em saúde e dos mecanismos que lhes subjazem, mas situados no plano individual/psicológico – e.g., “*sense of control over health has emerged as a key element of psychosocial explanations of inequalities in health*” (Bolam *et al.*, 2003, p. 15), apontando também o seu potencial para transcender a tensão entre estrutura e agência individual (*idem*, p. 16).

por exemplo, a distinção entre “controle” e “controle percebido”¹⁶⁵¹⁶⁶. Marmot, presidente da CSDH-WHO, salienta que o *empowerment* opera em três dimensões interligadas – material, psicossocial e política: “*people need the basic material requisites for a decent life, they need to have control over their lives, and they need political voice and participation in decision making processes*” (2007, p. 1155).

No cerne do *empowerment* está a noção de poder¹⁶⁷ e, implicitamente, a sua desigual distribuição na sociedade, estabelecendo uma ligação inequívoca com a questão das desigualdades sociais em saúde – de que o poder será, de acordo com as conclusões da WHO-CSHD, “*a major structural driver*” (cf. B1.2). Consequentemente, afirma a Comissão, “*any serious effort to reduce health inequities will involve political empowerment – changing the distribution of power within society and global regions, especially in favour of disenfranchised groups and nations*” (2008, p. 155). Às mais tradicionais perspectivas de “poder sobre/*power over*” (associado a noções de dominação e coerção) e “poder para/*power to*” (remetendo para a capacidade do actor influenciar os eventos e mudar as hierarquias existentes)¹⁶⁸, conceptualizações recentes de poder¹⁶⁹ vieram no entanto acrescentar as noções de “poder com/*power with*” (resultante da acção colectiva) e “poder interno/*power within*” (advindo da consciencialização individual). Tais definições e distinções sugerem implicações relevantes em termos de focos potenciais na promoção do *empowerment*, como salientam Luttrell *et al.* (2007), abarcando, por exemplo, quer o ênfase na participação dos actualmente excluídos nas estruturas existentes (“poder sobre”) quer o acesso à tomada de decisão por transformação dessas estruturas e modos de partilha de poder (‘poder para’), incluindo modalidades de *empowerment* colectivo (“poder com”), sem descuidar a noção de que o poder (“interno”) tem que começar no indivíduo e na sua “*percepção dos seus próprios direitos, capacidades e potencial*” (Luttrell *et al.*, 2007, p. 5; Solar, Irwin, 2007).

Outra distinção útil remete para a presença de duas vertentes fundamentais em jogo: a capacidade interna (em que é essencial a noção de ‘agency’ dos indivíduos, a sua aptidão para decidir e agir livremente) e a do acesso a recursos/ oportunidades externas (que sublinha o papel do contexto e das forças e normas sociais na facilitação ou criação de barreiras à acção/controlado efectivo pelos indivíduos/grupos). Embora alguns autores oponham estas vertentes, é também possível entendê-las como complementares, no sentido em que “*structure influences human behaviour, and humans are capable of changing the social structures they inhabit*” (Luttrell *et al.*, 2007, p. 5). Nesta óptica, a facilitação do *empowerment* deverá visar estes dois pólos, em combinação, (Wallerstein, 2006), havendo reconhecimento crescente de que a promoção da “agência” (que tende a equacionar-se com estratégias educativas e de *capacity building*), deverá acompanhar-se de uma atenção explícita aos condicionalismos e desigualdades estruturais, traduzindo-se nomeadamente em abordagens centradas nos Direitos (*idem*). Assim, e ainda que reconhecendo serem ao limite os próprios indivíduos/ grupos/ populações os protagonistas necessários dos processos de *empowerment* (ênfase mais habitual em promoção da saúde), e o papel fundamental da acção colectiva/sociedade civil (v.g. Navarro, 2007), subscreve-se aqui a posição da CDSH (2008) que sublinha paralelamente a responsabilidade do Estado na criação das condições que facilitem e viabilizem esse acréscimo de controle, com especial atenção aos estratos e comunidades mais vulneráveis e marginalizados.

¹⁶⁵ Schulz *et al.* (1995) embora salientando que o “controle percebido” pode ser tomado como indicador ou medida parcial de *empowerment* - e destacando até a sua associação, empiricamente verificada, com resultados de saúde – sublinham que este é distinto do controle efectivo, não implicando necessariamente, entre outros aspectos, reais alterações nas condições materiais e nos sistemas/processos que afectam o indivíduo, ou consciência crítica deste face a essas condicionantes.

¹⁶⁶ A importância de atender à imbricação dos vários níveis, mesmo quando se privilegie o foco num deles pode ser ilustrada pela forma como a auto-eficácia de um indivíduo idoso – essencial para implementar de acções/decisões “saúdáveis”, pode ser condicionada não só pelas oportunidades reais de exercer controle/experimentar sucesso nesse domínio, como também, por exemplo, pelas normas e expectativas sociais sobre a sua competência (e.g. *ageism*).

¹⁶⁷ “*Power is conceptualized as a web of discourses and practices found in institutions, communities, and families, exercised through actions in a multiplicity of relationships. These power relationships are inherently unstable, and therefore able to be challenged*” (Wallerstein, 2006, p. 18).

¹⁶⁸ Giddens, citado em Solar, Irwin, 2007.

¹⁶⁹ Rowland, 1997, citada em Luttrell *et al.*, 2007.

Wallerstein inclui no relatório uma proposta de modelo (2006, fig.1, p. 22) que contempla muitas destas (e outras) dimensões e implicações do *empowerment*, listando não só uma série de *outcomes* relevantes, como ainda várias potenciais componentes de programas para o seu incremento organizadas de acordo com os 5 tipos básicos de estratégias de promoção da saúde. Entre as múltiplas facetas de *empowerment* aí contempladas podem-se mencionar como exemplos: eficácia colectiva, motivação para agir, controle percebido, sentimento de comunidade, participação, consciência crítica da sociedade (*outcomes* psicológicos); serviços “accountable” e culturalmente adequados, parcerias/ redes inter-organizacionais eficazes (*outcomes* organizacionais); sociedade civil reforçada, boa governança, direitos humanos, desenvolvimento orientado para os mais pobres (*outcomes* comunitários/políticos).

Será a este último propósito de lembrar que os graus mais elevados de *empowerment* (e.g., a consciencialização, participação/mobilização e, finalmente, o controle - no topo de uma hierarquia proposta por Longwe¹⁷⁰) só serão possíveis uma vez cumpridos os níveis mais básicos, que implicam a satisfação de necessidades básicas e a igualdade de acesso a dimensões essenciais (na base da referida tipologia).

Em síntese, razões de ordem ética, teórica/conceptual e pragmática justificam a eleição do *empowerment* como objectivo a visar na promoção da saúde dos mais velhos. Embora não seja ainda muita a evidência documentando especificamente o impacte na sua saúde e nas desigualdades, os elementos disponíveis são consistentes, por um lado, com a extensão dos benefícios do *empowerment* (também) a este estrato populacional e, por outro, com a probabilidade de riscos acrescidos de “desempoderamento” deste grupo. Tal não significa que as componentes específicas mais relevantes deste complexo fenómeno não possam ser variáveis, sendo igualmente indispensável a adaptação das estratégias e objectivos que melhor se adequarão aos indivíduos e contextos em presença.

¹⁷⁰ Longwe, 1991, citado em Luttrell *et al.*, 2007.

PARTE II – DADOS EMPÍRICOS

Cap. 3

Concepções Leigas de Saúde:

A perspectiva das pessoas idosas

A. Introdução/Fundamentação	130
B. Metodologia	139
B.1. Enquadramento geral.....	139
B.2. Procedimento – linhas gerais.....	140
B.3. Qualidade, (De)limitações e Considerações éticas	142
C. Resultados e Discussão	144
C.1. Importância da Saúde. Domínios e factores de Qualidade de Vida / Bem-estar	144
C.1.1. As perguntas.....	144
C.1.2. A análise	144
C.1.3. As respostas	145
1.3.1. Principais domínios relevantes para a QV/BE.....	145
1.3.2. O valor atribuído à saúde.....	150
C.1.4. Discussão	150
C.1.5. E síntese... ..	158
C.2. Conceito de Saúde. Avaliação, Definições, Determinantes da Saúde	159
C.2.1. As perguntas.....	159
C.2.2. A análise	159
C.2.3. As respostas	159
2.3.1. Auto-avaliação da Saúde.....	159
2.3.2. Definições de Saúde.....	166
2.3.3. Influências sobre a saúde - Determinantes percebidos	168
C.2.4. Discussão	189
2.4.1. O Conceito de saúde: Definição e avaliação de saúde.....	189
2.4.2. Explicações/Determinantes da saúde	196
2.4.3. Um primeira abordagem a um tema transversal: Controle.....	203
C.2.5. E síntese... ..	206
C.3. Agir sobre a Saúde: Do controle individual à participação colectiva	210
C.3.1. As perguntas.....	210
C.3.2. A análise	210
C.3.3. As respostas	211
3.3.1. Controle percebido sobre a saúde.....	211
3.3.2. Modos de acção sobre a saúde.....	213
C.3.4. Discussão	221
3.4.1. Controle percebido.....	222
3.4.2. Consciência crítica – Um pré-requisito para controle/influência	223
C.3.5. E síntese... ..	234
D. Implicações gerais	236

Como é que as pessoas idosas pensam a saúde? Que importância lhe atribuem no seu quadro de vida? Em que termos a definem e como a explicam? Que possibilidades de influência reconhecem? Estes são aspectos que o presente capítulo aborda no contexto nacional. Baseia-se num estudo qualitativo e exploratório, que recorre a entrevistas em profundidade a um pequeno número de pessoas, com idades entre os 74 e os 85 anos, residentes numa cidade portuguesa. Enquanto forma de dar “voz” aos que são os principais stakeholders de uma intervenção PromS65+, tal estudo pretende contribuir para a definição de objectivos de actuação adequados à população, complementar informação quantitativa sobre a sua situação de saúde que é o foco de outros capítulos e, em particular, explorar aspectos da literacia crítica em saúde – tomada como pré-requisito de participação e empowerment deste grupo.

A. Introdução/Fundamentação

Enquadramento

O referencial PromS adoptado salienta, como princípios cruciais em promoção da saúde, o *empowerment* e a participação da população a que a intervenção respeita. De entre as múltiplas implicações destes conceitos, destaca-se a importância de (re)conhecer/explicitar a concepção de saúde (um dos domínios chave do referencial) daqueles que são os *stakeholders* centrais da intervenção – os próprios idosos –, e, particularmente, de espelhar nos objectivos da acção os que por eles são valorizados. Por outro lado, o *empowerment* da população em causa é, em si mesmo, uma finalidade em PromS (cf. Cap. 2-B.2.4), beneficiando do conhecimento das barreiras e facilitadores que especificamente se colocam para o grupo e contexto de intervenção em causa.

O estudo das concepções leigas de saúde das pessoas idosas, para além do inerente interesse teórico que envolve, pode dar um contributo a este conjunto de questões. Não sendo aqui viável adoptar uma verdadeira metodologia de diagnóstico/planeamento participativo, a exploração da importância, significados e explicações causais que as pessoas idosas associam à sua saúde surge como forma alternativa de dar “voz” à população. Proporcionará elementos sugestivos quanto aos objectivos de promoção da saúde por esta valorizados, podendo ainda dar pistas, de carácter qualitativo, quanto às problemáticas de saúde/bem-estar relevantes e factores que as condicionam. Adicionalmente, a análise do conhecimento leigo quanto aos determinantes da saúde e às possibilidades de acção para os modificar, facilitará a identificação de potenciais focos e estratégias de intervenção com vista ao incremento da literacia crítica em saúde deste grupo, e consequentemente ao seu *empowerment* enquanto interveniente consciente e activo na promoção da saúde, a nível individual e colectivo.

Fundamentação teórica

Que entendimento têm actualmente as pessoas idosas, em Portugal, sobre o que é saúde e qualidade de vida, e sobre o que a(s) influencia? A resposta a esta questão será fundamental para delinear políticas/intervenções em PromS que pretendam seguir o princípio de “*starting where people are*” (Nyswander¹, 1956). De facto, a relevância, em promoção da saúde, de conhecer – e tomar como ponto de partida para a acção – a perspectiva dos principais interessados, encontra justificação na literatura a partir de vários ângulos de análise e linhas de investigação.

O estudo do conhecimento, teorização ou percepções “leigas” (*lay perceptions*)² sobre a saúde – e conceitos afins, como envelhecimento e qualidade de vida –, reúne já um corpo de trabalho significativo.

No âmbito da investigação dedicada ao modo como as pessoas pensam sobre a saúde (e apesar de não se referir especificamente à população idosa), merece referência a revisão de literatura “*Views of Health in the Lay Sector*” conduzida por Hughner e Kleine, em 2004. Os autores começam por fazer notar que a maior parte dos muitos estudos existentes focam a doença e, em particular, visam relacionar crenças e atitudes dos indivíduos sobre determinado problema clínico com os seus comportamentos de saúde. Em contrapartida, é relativamente reduzida a investigação que visa descrever e explicar, em profundidade, as ideias gerais de um público “saudável” sobre saúde – sendo este o tipo de trabalhos que os autores seleccionaram para análise. Em termos metodológicos, os estudos recorriam a entrevistas, *focus groups*, inquéritos de resposta aberta ou outros métodos qualitativos ou interpretativos permitindo aos participantes articular as suas crenças sobre saúde. As temáticas encontradas são enquadradas em quatro grandes categorias – definições de saúde; explicações para a saúde; factores externos e/ou

¹ Citado em Minkler e Wallerstein, 2005, p. 27.

² A terminologia varia (reflectindo em parte abordagens distintas quanto à questão do conhecimento e “estatuto” atribuído a tais percepções): e.g., “*lay beliefs*” (v.g. Hughner, Kleine, 2004), “*lay theorising*” (v.g., Milburn, 1996), “*lay knowledge*” (v.g., Springett *et al.*, 2007), ou “epidemiologia leiga” ou “espontânea” (Cabral *et al.*, 2002, pp. 267-268).

incontroláveis que afectam a saúde; lugar ocupado pela saúde na vida das pessoas. Concluem os autores que este é um domínio a merecer investigação adicional, em especial, atendendo a que:

- a maioria dos estudos encontrados decorreu nos anos 70 e 80, tendo entretanto o contexto de saúde mudado significativamente³;
- as visões leigas da saúde são produtos socioculturais, justificando não só investigação de diferenças transculturais, mas também das prováveis variações em função da classe social, género, idade e ainda da localização geográfica;
- embora a abordagem qualitativa (amplamente maioritária nos estudos revistos) seja fundamental, pela riqueza do material que proporciona, será conveniente diversificar metodologias e, sobretudo, conjugar métodos qualitativos e quantitativos - bem como usar como ponto de partida os dados resultantes da investigação anterior.

Alguns estudos focam especificamente as concepções leigas das pessoas idosas. É o caso de 4 de entre os 28 estudos incluídos nessa revisão de literatura, que abrangeu o período de 1983 a 2003 (Blaxter, 1983; Williams, 1983; Davis *et al.*, 1992; Torsch, Ma, 2000 – todos citados em Hughner e Kleine, 2004). Destes, o único publicado nesta década compara as percepções de saúde, as preocupações/necessidades e as estratégias de ‘*coping*’ dos idosos de duas comunidades étnicas minoritárias nos EUA⁴ (Torsch, Ma, 2000). As conclusões do estudo vêm reforçar as proposições teóricas de outros autores quanto à relevância do papel da cultura nas crenças de saúde e nas forma de lidar com a saúde/doença – levando os autores a sublinhar a importância de uma actuação “culturalmente consciente e competente” por parte dos profissionais de saúde.

Também a pesquisa, ainda mais recente, de Damron-Rodriguez e colegas (2005), igualmente efectuada junto de idosos de diversos grupos étnicos nos EUA, conclui, corroborando outros trabalhos, existirem diferenças de ênfase, entre grupos de idosos, quanto ao significado e valor da saúde e ao que é entendido como útil para a manter ou melhorar.

Uma menção ainda para um estudo que, em contraste com os anteriores, entrevistou pessoas idosas (brancas e afro-americanas, num total de 114) seleccionadas por padecerem de doenças crónicas (Silverman *et al.*, 2000). Inquirindo-as sobre os conceitos de “saudável” e de “não saudável”, conclui que o primeiro parece ser um constructo multidimensional, com significados mais variados e mais relacionados com a experiência total de vida do que o segundo (mais próximo do modelo biomédico). Por outro lado, os autores encontraram diferenças nas percepções dos participantes em função da raça/etnia e do estado de saúde (mas não de outras variáveis como o género, idade, rendimento, nível educativo e situação de coabitação).

Em Portugal o único estudo que se conhece abordando este tema é o inquérito efectuado por M. V. Cabral e colegas sobre Saúde e Doença (2002)⁵, que inclui uma componente relativa às atitudes da população perante estas temáticas (e diversos outros aspectos das políticas públicas e do sistema de saúde). Tendo a vantagem do carácter extensivo e representativo dos resultados, esta investigação tem em contrapartida as limitações inerentes ao recurso a perguntas que predefinem e limitam as alternativas de resposta.

No plano internacional, a exploração das percepções leigas, nomeadamente dos idosos, têm-se estendido a outros conceitos, para lá dos de saúde/doença, que são também relevantes para o entendimento das metas últimas de saúde/bem-estar, em sentido mais amplo, que importam em promoção da saúde.

Assim, Bowling e Dieppe (2005), ocupando-se do “envelhecimento bem sucedido” (EBS), concluem, na sequência de uma revisão de literatura, que este conceito é frequentemente usado de forma acrítica e salientam a importância de as definições adoptadas abarcarem elementos valorizados pelos próprios idosos, assegurando a sua validade e relevância para a população a que se pretendem aplicar. Observam

³ Sobre esta “*changing nature of health*” veja-se por exemplo, mais recentemente, Kickbusch (2007).

⁴ Esta comparação transcultural, recorreu a uma metodologia etnográfica na recolha e de *grounded theory* na análise dos dados.

⁵ Aplicou-se um questionário, por entrevista, a uma amostra de 2537 pessoas, representativa da população adulta portuguesa (incluindo 293 indivíduos entre os 65 e os 74 anos e 190 com 75 e mais anos).

ser escassa a investigação dando conta dessas “*lay views*” das pessoas idosas sobre o que constitui EBS – constatando, com base nos estudos existentes (Phelan *et al.*, 2004 e um inquérito dos próprios autores), que, embora com alguma sobreposição, as perspectivas dos idosos tendem a ser mais abrangentes e contemplar mais dimensões do que as dos investigadores. Num artigo mais recente, Bowling e Iliffe (2006), testam cinco modelos diferentes de EBS⁶ num inquérito junto de pessoas idosas, concluindo ser o modelo baseado na visão leiga, mais multidimensional, o mais adequado para avaliar resultados de intervenções em promoção da saúde, revelando ser o que melhor prediz a qualidade de vida percebida dos participantes. Na mesma linha, mas em torno do conceito de “envelhecimento saudável” pode-se citar o estudo de Bryant *et al.* (2001) que, recorrendo a uma metodologia do tipo *grounded-theory*, procurou formular a noção nos próprios termos das pessoas idosas.

Também no domínio da Qualidade de Vida tem sido sublinhada a importância de incluir a perspectiva dos próprios idosos, existindo igualmente investigação que a explora e confronta com as definições técnicas/académicas. Na revisão de literatura sistemática sobre modelos de qualidade de vida, comissionada pelo *European Forum on Population Ageing Research*, salienta-se que, tal como é considerado boa prática incorporar a opinião pública nas políticas públicas, também na investigação importa assegurar que os modelos e instrumentos de medida são relevantes para as populações em causa e estão ancorados em perspectivas leigas e não exclusivamente em modelos de pertinência teórica (Brown *et al.*, 2004, p. 47, p. 101). Decorrerá daí que “*the most valid approach to assessing what quality of life consists of, is to invite people to describe what quality of life means to them through the use of open-ended survey questions and in-depth interviews and to balance these with more standardised objective and independent measurements (Mukherjee, 1989) - given that the latter are more practical for use in large surveys and trials*” (*idem*, p. 47). Na revisão de 42 estudos que identificaram componentes de qualidade de vida nomeados pelas pessoas idosas, verifica-se, apesar da diversidade de métodos empregues, uma significativa consistência nas dimensões identificadas⁷. Há também dados sugestivos de que aspectos como o contexto, o estado de saúde e variáveis sociodemográficas (em especial a idade) poderão influenciar o peso relativo atribuído a essas componentes, muito embora tal esteja insuficientemente explorado na literatura (Brown, Flynn, 2004). Em termos de comparação entre as perspectivas das pessoas idosas e os conceitos usados pelos académicos e decisores políticos, são detectadas algumas diferenças, ainda que, no essencial, se verifique uma importante justaposição entre as componentes identificadas (*idem*)⁸. Note-se que tal coincidência parece ser grande sobretudo no que se refere aos modelos teóricos multidimensionais mais amplos e, não tanto com os (muitos) modelos e instrumentos que focam só um número limitado de áreas de vida; conclui-se porém ser necessária mais investigação sobre a questão, identificando as omissões nas medidas mais utilizadas relativamente às componentes valorizadas pelos idosos e sugerindo métodos para a sua incorporação (Bowling, 2004a).

Apoiando-se nas investigações de diversos autores, Milburn (1966), por sua vez, salienta que estas demonstram como as ideias que as pessoas desenvolvem sobre a idade, o envelhecimento e o curso da vida tem implicações para o seu comportamento face à saúde e doença - e consequentemente, para a promoção da saúde.

Prosseguindo uma análise mais ampla da pesquisa sobre concepções leigas, a autora sublinha ainda que estas têm uma coerência própria, que reflecte a complexidade da experiência da população. Tal leva Milburn a defender a necessidade de que o processo de construção de teoria em promoção da saúde integre essa conceptualização leiga, localizando-a no contexto social e cultural mais vasto em que radica, afirmando que “*for theory to be both empowering and useful for practice, it must be based on people's own experiences, and cultural and social circumstances*” (*ob. cit.*, p. 45)⁹.

⁶ Os modelos considerados foram: biomédico, biomédico alargado, social, psicológico e baseado numa perspectiva leiga.

⁷ Os autores encontraram inquéritos e instrumentos de medição individualizada da qualidade de vida (que tendem a perguntar explicitamente em que consiste esta ou a pedir uma listagem dos seus componentes mais importantes) e ainda estudos qualitativos visando compreender o conceito de qualidade de vida (em geral através de um conjunto de questões mais gerais, relativas ao significado/*meaning*, realização/*fulfilment* e satisfação/*enjoyment* com a vida).

⁸ Por exemplo, a área da autonomia e independência destaca-se como sendo enfatizada pelos idosos mas estando ausente em muitas das medidas de qualidade de vida (Brown, Flynn, 2004).

⁹ A importância do reconhecimento dessas conceptualizações leigas, com a coerência que lhes subjaz, no que

Ainda que a investigação das percepções leigas se revista de inerente interesse teórico¹⁰, muitos dos estudos nesta área reflectem preocupações mais directamente ligadas à prática dos profissionais/decisores de saúde. Para o campo específico da intervenção em promoção da saúde esta matéria tem inúmeras implicações e conotações relevantes – que poderão porventura organizar-se em torno de três eixos/ângulos principais.

(i) • Uma perspectiva “utilitária”: adequar a intervenção à “população-alvo”

Uma primeira justificação, mais óbvia e mais universalmente valorizada, para conhecer a perspectiva do “grupo alvo” sobre o objecto de intervenção, resulta da preocupação de assegurar a relevância e pertinência dos objectivos e a adaptação (fit) das metodologias adoptadas.

Vários modelos de promoção da saúde e conceptualizações de boas práticas incluem indicações nesse sentido. Por exemplo, o Preffi 2.0¹¹ (Molleman *et al.*, 2003, 2004; Peters *et al.*, 2003) inclui na “Análise do Problema” a vertente “Percepção do problema pelos intervenientes” (entre os quais se incluem as pessoas directamente afectadas pela situação), envolvendo questões referentes a como percebem o problema, se o percebem como problema ou não e porquê, que aspectos distinguem (causas e possíveis soluções; se vêem um papel para si próprias na resolução e qual, etc.). Outros elementos do modelo contemplam igualmente aspectos da adequação/adaptação (*‘fitting’*) da intervenção que envolvem ter em linha de conta, por exemplo, as características sociodemográficas e culturais do “grupo alvo” e aspectos mais específicos como a sua motivação, necessidades e possibilidades de mudança.

A extensa literatura no âmbito do diagnóstico – seja a nível individual, seja no plano comunitário – das necessidades sentidas (e, mais raramente, dos recursos identificados) que inclui a consulta às populações interessadas, constitui um reflexo desta mesma perspectiva.

As *questões relevantes* dentro deste ângulo de análise serão nomeadamente a “concepção de saúde/qualidade de vida” da população - em especial, as dimensões valorizadas e priorizadas pelos idosos -, pelas suas implicações para a validade dos objectivos/metast de intervenção propostos; mas importará também conhecer as suas perspectivas quanto a causas e modos de acção relevantes face à situação, já que poderão contribuir, por exemplo, para antecipar (e facilitar) a adesão às acções, a adequação cultural de mensagens, serviços ou actividades, etc.

Dentro do mesmo tipo de perspectiva, uma outra abordagem da questão é a que sublinha o carácter subjectivo da saúde (e da qualidade de vida), tornando assim inevitável, do ponto de vista conceptual, a inclusão da percepção da população na avaliação da situação/problema. Tal pode ser feito de diversos modos¹² – incluindo o recurso a instrumentos que explicitam um conjunto de dimensões previamente identificadas e validadas através de estudos efectuados junto da população em causa (v.g., “*Quality of Life Profile: Seniors Version*”, Raphael *et al.*, 1997). Note-se que mesmo medidas unidimensionais na apreciação que pedem aos inquiridos – como as muito frequentemente usadas escalas de auto-avaliação de saúde, de satisfação com a vida ou de avaliação global da qualidade de vida (cf. Cap. 2-B.1) –, tendem a pressupor uma multidimensionalidade de critérios/factores subjacentes a tal avaliação; a sua interpretação beneficiará, conseqüentemente, de um conhecimento mais aprofundado do quadro conceptual leigo que serviu de base à resposta dada (v.g., Bowling, 2004a; Simon *et al.*, 2005).

concerne especificamente às perspectivas dos idosos sobre a velhice e a sua relação com a saúde e o empowerment, é salientado na investigação de Williams: “*to understand something of the situational determinants of an ill old person's actions is not enough, for this leads only to attempts to manage or control him. Even when such attempts are successful, they may inflict an inner injury or dividing behaviour from the mental premises which are the source of self determination. By contrast, perhaps the most potent influence on cooperation is the recognition of the other person's premises, and the demonstration that a course of behaviour flows from them*” (Williams, 1981, p. 185, cit. Milburn, 1996, p. 45).

¹⁰ O crescente reconhecimento do conhecimento leigo como factor implicado no próprio processo de desenvolvimento da saúde (e, em particular, das desigualdades sociais em saúde) é ilustrado pela afirmação de Williams, de que “*What people know is not simply datum for epidemiological or sociological extraction. It co-constitutes the world as it is, and helps social scientists to understand how structures determine health and wellbeing through contexts and practices*” (2003, p. 146).

¹¹ Trata-se, como se referiu já no Cap. 1-A.2, de um modelo que se posiciona como instrumento de análise da qualidade de intervenções de promoção da saúde: o *Health Promotion Effect Management Instrument* (versão 2.0).

¹² Veja-se no Cap. 2-B.1 a discussão sobre qualidade de vida e saúde subjectiva.

(ii) • Uma perspectiva de participação: o envolvimento dos idosos nos processos de decisão

É de sublinhar que as abordagens do tipo das acima expostas, ainda que remetendo para a recolha de informação ou mesmo a consulta à população, não pressupõem necessariamente uma efectiva subscrição ou concretização dos graus mais “exigentes” do princípio de participação¹³ – os quais apontam para o envolvimento dos interessados na tomada de decisão – e menos ainda os princípios de “pluralismo” na construção do conhecimento de suporte à intervenção, defendidos no Referencial de PromS adoptado.

A participação no sentido do real envolvimento e poder do interlocutor/idoso na decisão, é central em promoção da saúde, contribuindo para o *empowerment* e a *capacitação/capacity building*¹⁴. Pode colocar-se, como salienta a revisão de literatura de Cook e Klein (2005), em vários planos – do nível micro, pessoal, em que o que está em causa é, por exemplo, a participação nas decisões sobre tratamento/cuidados, ao macro, em que se procura o envolvimento no planeamento de intervenções, de serviços, ou mesmo das políticas¹⁵. Concretizá-la, nomeadamente no caso das pessoas mais velhas, coloca diversos desafios, identificando os autores, na literatura mais recente, o ênfase na procura de metodologias que a facilitem – fazendo face a potenciais obstáculos, como as baixas expectativas, as dificuldades na assertividade ou na expressão de descontentamento e as diferenças de poder entre idosos e profissionais, para além de outras dificuldades mais específicas que se colocam a subgrupos de vulnerabilidade acrescida (como as pessoas em situação de fragilidade física /incapacidade ou pobreza, por exemplo). A análise de Cook e Klein (*ob. cit.*) aponta a necessidade de aprofundar a compreensão das circunstâncias, bem como dos recursos e metodologias, que poderão então propiciar a sua efectiva participação nos processos de tomada de decisão aos níveis micro e macro. Esta identificação de obstáculos e facilitadores da participação/implicação nas decisões de saúde é pois outra vertente em que a exploração da perspectiva subjectiva dos indivíduos poderá dar um contributo útil.

Quanto ao aspecto relativo ao pluralismo no conhecimento, remete (como se discutiu no Cap. 1) para uma abordagem epistemológica que reconhece e valoriza a existência de diversas fontes e tipos de conhecimento (que não só o científico/técnico) e destaca a importância do contributo de vários intervenientes na constituição da evidência que deverá servir de base aos processos de decisão e formulação de políticas. Assim, nesta perspectiva, o Conhecimento Interactivo ou leigo, e o Conhecimento Crítico (ambos possuídos/produzidos pelos indivíduos que experienciam as situações), constituem também – em acréscimo ao Conhecimento Instrumental dos especialistas – formas relevantes de saber sobre questões sociais, que consequentemente devem ser integradas, idealmente de forma conjugada/colaborativa¹⁶ (Bryant, 2002). Desta proposta decorre a valorização da participação do que Bryant designa como “cidadãos activistas” nos processos de decisão, a par do outro grande grupo/tipo de detentores de conhecimento, os “analistas políticos profissionais”, colaborando, por exemplo, em análises conjuntas sobre problemáticas identificadas nas comunidades (*idem*). Outros autores propõem diferentes tipologias de conhecimento e de classificação dos actores no processo de decisão política, mas o reconhecimento do papel, por um lado, das experiência, juízos e pressupostos/crenças pessoais e, por outro, dos

¹³ Essas abordagens poderão porventura equacionar-se com “participação como meio”, no sentido que lhe dão Oakley e Kahssay (1999): um processo que visa assegurar a colaboração das pessoas, correspondendo no essencial a uma técnica com o objectivo de facilitar a implementação e sucesso da iniciativa. Serão abordagens utilitárias da participação – por contraponto a outras efectivamente “empoderadoras” (Wallerstein, 2006). Nos termos da escala de participação de Arnstein (1969), corresponderão quando muito a formas simbólicas (*tokenism*) de participação (já que na Consulta o contributo dos indivíduos, embora procurado, não é necessariamente integrado/ seguido) – mas incorrem inclusive no risco de servir propósitos de “manipulação”, a forma mais básica “não participatória” desta tipologia.

¹⁴ Veja-se o desenvolvimento do tema no Referencial PromS – Cap. 1-B.3.

¹⁵ Este trabalho, centrado no envolvimento da população idosa, salienta que existe uma vasta bibliografia sobre a implicação na tomada de decisão do público/ utentes; foi proposta uma distinção de três “linhas” de literatura relevante para esta temática (todas elas incluindo algumas referências aos idosos): consumerismo; democracia e cidadania; grupos de pressão, redes e novos movimentos sociais (Harrison *et al.*, 2002, citados em Cook e Klein, 2005)

¹⁶ A tipologia em causa (baseada em Habermas, 1968 e em Park, 1993 – citados em Bryant, 2002) distingue: Conhecimento Instrumental (ou de especialistas) – desenvolvido por métodos sistemáticos, científicos; Conhecimento Interactivo (ou leigo) – resultante da experiência e das trocas quotidianas entre as pessoas; Conhecimento Crítico (ou reflexivo) – que examina a influência de forças políticas e socio-económicas, e questões valorativas (certo/errado), procurando vias de mudança.

cidadãos, tem vindo a ganhar terreno. Milio, por exemplo, considera o público (i.e., a população afectada pelas decisões) como um dos actores a ter em conta no processo de formulação de políticas públicas saudáveis – mesmo que, não se organizem enquanto membros activos de grupos de interesses¹⁷, e a sua influência no processo seja só como parte integrante do contexto/clima político geral (Nutbeam, Harris, 2004; Milio, 2001). Na própria produção do conhecimento científico o lugar acordado à participação leiga, às “pessoas”, à sua experiência subjectiva, perspectivas e interesses, recebe reconhecimento crescente – nomeadamente como condição da contextualização que H. Nowotny e colegas (2001) argumentam ser marca da ciência modo-2 e factor de “robustez social” do conhecimento produzido.

Genericamente decorre então destas perspectivas a clarificação de que a percepção e avaliação dos idosos enquanto interlocutores/*stakeholders*, adquire valor por ‘direito próprio’ e não só como um dos aspectos do contexto a ter em conta para a viabilização /adaptação da intervenção.

As diferenças desta abordagem relativamente à anterior (i) terão, de facto, sobretudo que ver com o significado e peso atribuído à perspectiva leiga¹⁸. Neste caso, mais do que um simples ‘*input*’ a submeter à consideração, decisão (e eventual “correção”) pelo profissional de saúde, que deteria o ‘monopólio’ do saber válido, ela assume o estatuto de perspectiva que deverá entrar de forma colaborativa e/ou “negociada” na definição do problema e na selecção de objectivos, estratégias e demais vertentes da intervenção – bem como na própria construção da teoria/conhecimento em promoção da saúde. Ainda que abordados de forma distinta, os conteúdos das *questões relevantes* são então aqui, no essencial, os mesmos que se colocavam no ângulo da “Adequação”: dimensões de saúde/ qualidade de vida priorizadas, causas e formas de acção valorizadas, etc. A estas acrescem algumas questões mais específicas de exploração de aspectos que constituam obstáculos ou facilitadores potenciais do efectivo envolvimento, para lá dos níveis meramente simbólicos de participação, da população/ idosos nos processos de decisão.

(iii) • Uma perspectiva de Literacia crítica: a consciência dos idosos sobre as influências na saúde como factor de empowerment

As duas abordagens anteriores – “Adequação” e “Participação” - salientam genericamente o interesse das perspectivas leigas dos idosos como informação a ter em conta no processo de diagnóstico e planeamento da intervenção, na medida em que traduzem o tipo de objectivos, focos e modalidades de intervenção valorizadas por e/ou mais adequadas aos principais interessados. A segunda salienta ainda que esse processo, se efectivamente participativo, contribui para o *empowerment* e capacitação dos indivíduos/comunidades, e valida as conceptualizações leigas como componente a integrar na construção do conhecimento em promoção da saúde.

Valerá no entanto a pena distinguir um terceiro ângulo, mais específico, segundo o qual o entendimento dos idosos sobre a sua saúde e o que a influencia é em si mesmo um factor e expressão /indicador de (um dos componentes do) *empowerment* - e como tal está no cerne da própria definição de promoção da saúde, constituindo meta e matéria/ objecto potencial da acção (cf. Cap. 1).

Entendendo-se o *empowerment* em saúde como um conceito complexo, com múltiplas dimensões e níveis, em que o plano individual se interliga com o organizacional e comunitário/político, para ele concorre uma diversidade de aspectos, não só do foro psicológico (e.g., eficácia e controle percebido, motivação, etc.), mas também do âmbito das competências, dos recursos e das oportunidades/constrangimentos

¹⁷ Nesse caso passariam a integrar uma outra das 4 categorias principais de actores apontadas por Milio: a dos influenciadores das políticas/*policy influencers*; os dois tipos restantes são os próprios decisores políticos/*policy-makers* (sobretudo políticos e funcionários) e os media (com papel, não só de transmissores de informação – que outros actores tentam usar para influenciar os demais -, como também de modeladores e criadores eles próprios dos temas em debate).

¹⁸ Naturalmente esta abordagem tem ainda outras implicações que não se justifica aprofundar no presente contexto – como a saliência que adquirem as próprias metodologias de trabalho adoptadas pelo contributo que podem dar, não só para efectivar um maior controle/participação da população e facilitar a mudança mas inclusive em termos de benefícios para a saúde (v.g., Bryant *et al.*, 2007, a propósito da investigação participativa de base comunitária, ou Hancock, Minkler, 2005 discutindo a avaliação/diagnóstico da saúde nas comunidades).

decorrentes dos contextos interpessoais, organizacionais, culturais, sociais, legais, económicos, políticos, em que os indivíduos/grupos/comunidades se inserem (v.g. Wallerstein, 2006; Schulz *et al.*, 1995)¹⁹.

A definição que Schulz e colegas dão de *empowerment*, como remetendo para “*understanding and influence over personal, social, economic and political forces impacting life situations*” (1995, p. 310), ou a inclusão da “consciência crítica da sociedade” como um dos *outcomes* do *empowerment* individual/psicológico contemplados no relatório HEN sobre o tema (Wallerstein, 2006), tornam saliente que a capacidade de reflexão e entendimento crítico sobre os determinantes da saúde será (a par de outras capacidades e condições) uma dessas componentes fundamentais do *empowerment*, no caso específico das matérias de saúde. Assim, a perspectiva leiga dos indivíduos sobre a sua saúde e, em especial a sua consciência /conhecimento sobre o que a determina, bem como a percepção que têm das possibilidades de a influenciar, sobressai como um dos pré-requisitos para o propósito de ‘assumir maior controle sobre a sua saúde e os seus determinantes’ que define o processo de *empowerment* e constitui o próprio objecto da Promoção da Saúde.

Nesta óptica, explorar as percepções das pessoas idosas sobre *questões* como as explicações causais/determinantes da sua saúde e o seu controle sobre elas – em todo o espectro que vai do plano pessoal ao nível da políticas públicas, passando pelas esferas interpessoais, organizacionais e comunitárias, onde se jogam quer as influências sobre a saúde, quer as possibilidades de as modificar - será obter um indicador (parcial) do seu grau *empowerment*. E será pois sugestivo, também, como ponto de partida para pensar intervenções visando desenvolver esse entendimento crítico e remover outros obstáculos/propiciar recursos para crescente influência dos indivíduos sobre tais determinantes da saúde.

De entre a literatura relevante para esta abordagem destaca-se a relativa à literacia em saúde, que é apontada como uma estratégia crucial de *empowerment* (v.g., Kickbusch, 2001; Kickbusch *et al.*, 2005; Nutbeam, 2000; 2008a). Num entendimento abrangente, que vai além da informação básica e ligada aos serviços/cuidados de saúde, ela pode ser definida como “*the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*”, implicando “*the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions*” (Nutbeam, 1998, p. 10). Nutbeam (2000; 2008a) especifica que no âmbito de resultados/*outcomes* de promoção da saúde, a literacia de saúde poderia traduzir-se (entre outros aspectos) em termos precisamente de melhoria do conhecimento e compreensão dos determinantes da saúde. Este autor (2000) propõe uma classificação da literacia em três tipos, associados a níveis crescentes de autonomia e *empowerment*: a literacia funcional/ básica, a literacia comunicativa/ interactiva e a literacia crítica (ver Cap. 2-B2.3.3). Será sobretudo esta última, envolvendo já capacidades mais avançadas de análise crítica de informação e o seu uso para exercer controle sobre as situações de vida, que se associa à informação sobre os determinantes económicos, sociais e ambientais da saúde e às possibilidades de acção não só individual mas também social e política para os modificar (*idem*). Esta noção estará muito próxima da de “consciência crítica”, desenvolvida por Paulo Freire e aplicada também no âmbito da educação para a saúde e organização comunitária (v.g., Wallerstein *et al.*, 2005).

Embora ainda escassa, existe já alguma investigação sobre as questões da literacia de saúde nos idosos, que tende a assinalar níveis inferiores de literacia nessas faixas etárias (v.g., Kutner *et al.*, 2006; Rootman, Ronson, 2005), ao mesmo tempo que apoiam a ideia de que este seja um factor de risco para desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados (Sudore *et al.*, 2000). No entanto essa pesquisa assenta em definições de literacia de saúde consentâneas com a definição mais limitada de literacia funcional (remetendo essencialmente para aspectos relativos a aspectos médicos, riscos de saúde e/ou utilização de serviços de saúde), desconhecendo-se trabalhos com esta população enquadrados pela acepção de literacia de saúde aqui destacada – que Nutbeam (2008a) identifica como uma linha de conceptualização distinta, mais recente e ainda insuficientemente investigada²⁰.

¹⁹ Veja-se o aprofundamento do conceito de *empowerment* em capítulos anteriores – em especial em Cap. 2-B.2.4.

²⁰ Assinale-se que a definição de literacia de saúde – e até a própria necessidade do termo – não são questões

Em contrapartida, embora não directamente enquadrada nesta perspectiva de literacia em saúde ou *empowerment*, merecerá referência a existência de um corpo de investigação que explora explicações causais leigas em saúde, procurando nomeadamente identificar a consciência manifestada por (grupos d) a população relativamente a vários tipos de determinantes da saúde identificados na literatura científica. Em particular, muito recentemente têm vindo a surgir vários estudos focando as percepções leigas das desigualdades em saúde (v.g., Davidson *et al.* 2006; Macintyre *et al.*, 2005; Popay *et al.*, 2003) e/ou a relação entre a pobreza (ou outros determinantes sociais) e a saúde (v.g. Collins *et al.*, 2007; Hodgins *et al.*, 2006; Reutter *et al.*, 1999; Reutter *et al.*, 2005; Williams, 2003). Adoptando metodologias diversificadas – desde *focus groups* e entrevistas a inquéritos por questionário – e incluindo nalguns casos, pessoas com mais de 65 anos, estas investigações tendem a explorar as percepções leigas no quadro dos factores (socioeconómicos, demográficos, ideológicos, culturais/étnicos, entre outros) que as condicionam.

Propósito e questões

Em síntese, a exploração das percepções leigas das pessoas idosas sobre a saúde (e áreas afins), para além do interesse teórico de que se reveste, encontra-se no centro de diversas questões relevantes para o planeamento, implementação, efectividade e pertinência de uma intervenção em PromS.

Procurar conhecer como os potenciais participantes pensam a saúde/doença (e o envelhecimento e qualidade de vida) é uma via importante para assegurar a relevância e validade dos objectivos de uma intervenção (também) do ponto de vista das populações que visa servir. Contribuirá igualmente para outros aspectos, como a sua adequação cultural, que tenderão a facilitar a implementação, adesão ou eficácia das acções. Mas, mais ainda, a consideração das perspectivas leigas será incontornável enquanto parte do processo de “dar voz” efectiva (i.e., poder de influência e decisão) aos principais interessados, característica necessária de uma intervenção/política participada e, mais genericamente, de uma cidadania efectiva. Finalmente, na medida em que esse entendimento leigo traduz (graus variáveis de) consciência e análise crítica sobre o que influencia a saúde (de cada um e do colectivo em que se insere) e das vias possíveis para a sua modificação, ele corresponde a um pré-requisito crucial do objecto da PromS: uma literacia (crítica) em saúde, entendida como uma das vertentes do *empowerment* que possibilitará o pretendido acréscimo de controle sobre a saúde e seus determinantes.

A um nível mais amplo, a compreensão das conceptualizações leigas e dos processos/condicionantes que se lhes associam, será importante para a própria construção do conhecimento em (promoção da) saúde, em especial pelo seu potencial contributo para o entendimento das relações entre as experiências e acções dos indivíduos, os contextos/estruturas sociais e a saúde: “*If public health research is to develop more robust and holistic explanations for patterns of health and illness in contemporary society, and contribute to more appropriate and effective preventive policies, then the key is to utilize and build on lay knowledge – the knowledge that lay people have about illness, health, risk, disability and death*” (Williams, Popay, 1997, p. 267, citados em Bryant *et al.*, 2007).

Não se conhecendo a existência de investigação que aprofunde as percepções sobre saúde das **pessoas idosas em Portugal**, e dada a sua demonstrada variabilidade sociocultural (v.g., Hughner, Kleine, 2004; Silverman *et al.*, 2000; Torsch, Ma, 2000) considera-se pertinente a realização de um estudo específico neste âmbito no nosso país, prosseguindo uma primeira exploração das suas características e implicações nas várias vertentes atrás enunciadas.

consensuais (v.g., Kickbusch, 2002; Tones, 2002), havendo ainda que atender à evolução recente do conceito. Veja-se a este propósito (Cap. 2-B.2.3.3.) a distinção entre a perspectiva da literacia em termos de “risco” ou antes como “asset”/recurso (Nutbeam, 2008) - sendo esta última a mais consentânea com a abordagem PromS.

O **objectivo** do presente estudo qualitativo será então explorar e descrever as concepções (leigas) de saúde de pessoas idosas em Portugal. Mais especificamente, constituem (sub-)questões centrais de partida da pesquisa:

- (a) – qual o lugar e importância subjectiva da saúde no conjunto dos domínios que contribuem para a qualidade de vida percebida dos indivíduos;
- (b) – a natureza das definições de saúde (nomeadamente dimensões de saúde consideradas/ valorizadas e critérios de avaliação adoptados);
- (c) - explicações causais para a saúde/doença (incluindo factores de risco e potencialidades percebidas no contexto concreto de vida);
- (d) - possibilidades/responsabilidades em termos de influência na melhoria/manutenção/recuperação da saúde.

Constituindo uma abordagem inicial a estas temáticas com a população em causa, não se trata aqui de verificar de hipóteses específicas nem de formular conclusões ou teorias generalizáveis, mas tão só de um primeiro esboço descritivo com formulação de algumas hipóteses, a discutir com recurso ao corpo de literatura internacional relevante.

Torna-se ainda de particular interesse a discussão dessas percepções leigas tendo por referência a conceptualização PromS adoptada (Cap. 1) e os potenciais objectivos de PromS65+ elencados (Cap. 2). Em especial, importa ainda considerar as suas implicações em articulação com os dados (quantitativos) que integram o Perfil de Saúde traçado (Cap. 5), reflectindo-se na selecção /discussão final de metas e áreas prioritárias (e obstáculos e facilitadores da actuação) a ter em conta na definição de uma política de PromS65+ em Portugal (Parte III). Sem pretender substituir-se à auscultação e envolvimento participativo que, em cada caso, deverá sustentar a acção em PromS, julga-se mesmo assim que os resultados obtidos poderão dar um contributo no sentido da formulação de políticas e medidas de promoção da saúde mais consentâneas com as aspirações, preocupações e características da população idosa portuguesa.

B. Metodologia

O estudo, exploratório, adopta uma abordagem qualitativa, recorrendo a entrevistas semidirectivas para elicitare percepções, valores e significados associados à saúde, junto de uma amostra de conveniência de 13 idosos portugueses residentes numa comunidade urbana.

A teoria e investigação existentes sobre as temáticas abordadas - concepções leigas de saúde, de envelhecimento e qualidade de vida; literacia crítica no âmbito da participação e empowerment em saúde (cf. A. Introdução) - apoiaram a formulação das questões do guião e a grelha genérica que serviu de ponto partida para a análise dos dados, sem porém condicionar rigidamente a sua codificação. Esta prosseguiu através de um processo iterativo em que as categorias/temas gerados a partir do material recolhido conduzem à revisão e aprofundamento da grelha de análise inicial (*“template analysis”*). Dada a natureza exploratória e essencialmente descritiva do estudo, tal análise da informação visou identificar temas comuns e dimensões de diversidade nos conteúdos das entrevistas e ocasionalmente formular hipóteses quanto a padrões subjacentes à sua organização. Procuram-se ainda, quando possível, indicações sobre factores potencialmente relevantes na produção/ organização das concepções leigas, ao nível de características pessoais e circunstâncias de vida dos entrevistados.

As referências conceptuais e empíricas decorrentes da literatura, bem como da pesquisa global em que esta vertente de estudo se insere, assumem um peso mais significativo na fase de discussão dos resultados, que, quando possível, são comparados e interpretados com recurso aos dados de outras investigações e/ou trabalhos teóricos. Pretende-se ainda retirar implicações ao nível da discussão das áreas, metas e eventuais estratégias de promoção da saúde com idosos em Portugal – aspectos cuja discussão é mais plenamente integrada, com os restantes elementos obtidos, na Parte III.

B.1. Enquadramento geral

O estudo efectuado sobre as Concepções Leigas de Saúde das pessoas idosos, é parte integrante – ainda que dotada de significativa autonomia – do projecto mais amplo de pesquisa visando “reunir elementos de apoio à formulação de políticas de promoção da saúde das pessoas de 65 e mais anos em Portugal”. Assim, e ainda que focando questões e objectivos específicos e envolvendo uma componente de recolha e tratamento de dados perfeitamente delimitada, a compreensão da justificação e questionamento subjacentes ganha sentido acrescido, como se viu, no quadro mais vasto da investigação global, tal como a discussão dos resultados obtidos será completada em articulação com os dados de outras componentes em estudo (Cap. 6) – dando corpo ao que, metodologicamente, se poderá designar como uma **abordagem** de “*métodos mistos*” (Creswell, 2003). No capítulo introdutório foi apresentado e justificado o enquadramento e estratégia geral adoptados. Enquadradas pelo Referencial PromS elaborado, diferentes componentes da pesquisa (perfil e desigualdades sociais na saúde da população, concepções leigas de saúde, políticas nacionais existentes), versando sobre várias vertentes do problema e respondendo a questões complementares, adoptam métodos distintos, quantitativos ou qualitativos, consoante a natureza da questão/objecto de estudo específico. O **paradigma** subjacente ao conjunto da investigação será então de “*pragmatismo*” já que se assume claramente que o problema é o mais importante, sendo pois ele que determina a selecção de uma pluralidade de métodos e técnicas que melhor sirvam os propósitos da investigação (Creswell, *ob. cit.*).

Dentro deste quadro geral, na presente componente da investigação sobre as “Concepções Leigas de Saúde”, ganham porém ênfase algumas características e posicionamentos teóricos/filosóficos e metodológicos que importa especificar.

Os pressupostos que suportam a investigação aproximam-na neste tópico mais claramente daquilo que Miller e Crabtree (1992) designam como pesquisa *crítica/ecológica*, ou Creswell (2003) como *advocatória/participatória*. Isto na medida em que tem uma “agenda” de acção subjacente, visando em última análise contribuir para a mudança social e adoptando uma perspectiva de valorização da “voz” dos participantes e de análise crítica das concepções e práticas leigas de saúde à luz de teorias (e valores) de *empowerment*

e participação. No entanto, por um conjunto de razões, tal paradigma não é levado até às “últimas consequências” no processo de investigação – muito particularmente na medida em que não se adopta a metodologia participativa ou colaborativa²¹ que seria, considera-se, a mais coerente com este tipo de “*knowledge claims*”.

Por outro lado, sendo o objecto as “Concepções Leigas de Saúde”, a perspectiva de *construtivismo*, com o seu ênfase nos significados construídos e expressos pelos participantes, nele assume incontornável relevância. Trata-se de um paradigma, de resto, que partilha com a abordagem *crítica* alguns pressupostos especialmente salientes no quadro desta pesquisa – como a assumpção da imbricação, na investigação/ conhecimento, de questões éticas e dos valores, bem como o reconhecimento de que as “*original (emic) constructions [of “at-risk” audiences] deserve equal consideration with those of other more powerful audiences and of the inquirer (etic)*” (Guba, Lincoln, 1994, p. 114).

B.2. Procedimento – linhas gerais²²

Em termos da natureza dos procedimentos adoptados, esta componente de investigação poderá ser descrita, de acordo com a tipologia de classificação de **estilos de investigação** de Miller e Crabtree (1992), como uma pesquisa de campo (“*field*”), ou *qualitativa*, adoptando um **desenho** de tipo *estudo ‘tópico’/“topical study”* na medida em que se ocupa de uma só esfera de actividade (ou, no caso, de “significado”), visando sobre ela gerar descrições e/ou explicações holísticas e realistas (p. 5). A escolha justifica-se precisamente atendendo às finalidades do estudo, que remetem para a *identificação* e a *descrição qualitativa* do fenómeno, ao nível da exploração de concepções leigas e, secundariamente, para o *gerar de explicações interpretativas*, sobretudo através da identificação/ exploração de hipotéticos padrões e relações destas concepções com outros factores/ fenómenos.

É vastíssima a panóplia de abordagens qualitativas, não facilitando uma visão de conjunto das possibilidades existentes e, conseqüentemente, o enquadramento da estratégia escolhida. Miller e Crabtree (*ob. cit.*), por exemplo, referem mais de 20 tradições, e propõem duas vias para a organização do que chamam um “*road map*” de métodos qualitativos: uma, estruturada por domínios e disciplinas; outra, com base numa perspectiva mais pragmática, assente na forma de recolha de dados e de análise da informação. Esta última será particularmente adequada para situar o presente trabalho – que dificilmente se restringe a um domínio, e é de âmbito multidisciplinar – sendo possível, de acordo com esta classificação, salientar a adopção da técnica de *entrevista individual semi-directiva em profundidade*, para a recolha de informação, e de um estilo de análise de dados que, no *continuum* proposto pelos autores, se aproximará sobretudo da “*template analysis*” (ainda que com vertentes/temáticas que se aproximam mais do estilo “*editing analysis*”, e, portanto, do pólo mais subjectivo/interpretativo do *continuum*, como adiante se discutirá).

A escolha da **técnica** de *entrevista em profundidade semi-directiva* fundamenta-se no objecto do estudo e, nomeadamente, na adopção de uma perspectiva “*intensiva*”, uma vez que se pretende conhecer mais em profundidade o pensamento dos participantes, em circunstâncias em que não há suficiente informação prévia sobre o tema (Ruquoy, 1997). De resto, a técnica é especialmente apta para o acesso a representações e valores – as temáticas centrais do presente estudo – tendo sido, como se viu, utilizada em boa parte das investigação citadas na introdução ao tema. Ainda que Hughner e Kleine (2004) façam apelo, na sequência da sua revisão de literatura sobre concepções leigas de saúde, a um ênfase não exclusivo em métodos interpretativos, com recurso também, por exemplo, a métodos quantitativos e extensivos, a inexistência de uma base de investigação prévia com a população nacional e, especificamente, com esta

²¹ As razões para tal foram essencialmente de ordem pragmática e ética: a inexistência de um contexto, de tipo institucional ou outro, que pudesse assegurar o enquadramento de um projecto colaborativo com a sustentabilidade (nomeadamente em termos de continuação “interventiva”) que justificasse, eticamente, apelar a uma implicação activa dos participantes; as exigências acrescidas, em termos de tempo, de uma abordagem dessa natureza; insuficiente domínio técnico das metodologias envolvidas para garantir a qualidade necessária na condução de um tal processo.

²² Mais elementos nos Anexo 1 (detalhes amostra, recolha e análise dos dados), Anexo 2 (instituições) e Anexo 3 (guião).

faixa etária, desaconselha essa opção no actual contexto. Em qualquer caso, o tipo particular de população em causa exige cuidados acrescidos nas opções metodológicas, por forma a minorar potenciais dificuldades dos participantes com o contexto de investigação e inclusive ao nível da comunicação (atendendo por exemplo, à probabilidade de limitações auditivas, reduzida escolaridade, acentuadas diferenças culturais, sociais, etárias face ao investigador, etc.). Estes são aspectos que militam a favor de um contexto de recolha de dados que não se afaste excessivamente das habituais condições de interacção social dos entrevistados e não acentue, ainda mais, diferenças de estatuto, culturais, etc., face ao entrevistador. Também pela mesma ordem de razões se considerou preferível um formato de entrevista *individual*, muito embora a modalidade de *focus group* possa ser interessante em estudos neste âmbito.

Num estudo qualitativo desta natureza, a questão da representatividade da **amostra**, no sentido estatístico, não se coloca, como salienta nomeadamente Ruquoy (1997), sendo critério de qualidade da mesma a sua adequação aos objectivos da investigação. Neste tipo de amostra *não probabilística e intencional*²³, a selecção dos participantes atendeu ao que se consideraram características importantes para a pesquisa, ou seja, às variáveis a que Ruquoy chama estratégicas (i.e., ligadas especificamente ao tema) e clássicas (v.g., idade, sexo, escolaridade), que se antecipa poderem explicar reacções diversas face às questões abordadas. Estas variáveis são ou *neutralizadas* (restringindo a sua variação) ou usadas como critério de *diversificação* da amostra, a qual deverá então ter como regra a heterogeneidade quanto a essas características (ver em Anexo o Quadro 01-III-A1, detalhando a caracterização da amostra de acordo com as variáveis consideradas pertinentes para “restrição” e “diversificação”). A *dimensão* da amostra foi definida em função de dois critérios: o de assegurar a necessária heterogeneidade face às variáveis mais relevantes e o “princípio de saturação da informação” (Ruquoy, *ob. cit.*; Ghiglione, Matalon, 2001) - este último resultando da constatação, no decorrer da investigação, de que se atingiu uma plataforma de certa coerência na análise a partir da qual se verifica já uma relação desfavorável entre os ganhos adicionais de nova informação e o “custo” envolvido na sua obtenção.

Relembre-se que esta descrição da estratégia de pesquisa se centra na componente da investigação de que se ocupa prioritariamente esta secção. No entanto, como se referiu, ela é parte de um projecto mais amplo, que inclui outras componentes, quer também qualitativas (breve análise documental de políticas nacionais – Cap. 6), quer quantitativas (designadamente na caracterização da situação de saúde da população idosa portuguesa). A **integração** do conjunto desses dados – um dos aspectos que, segundo Creswell (2003), importa definir neste tipo de abordagem de “métodos mistos”, – é feita essencialmente na fase final do processo, i.e., no momento da *interpretação e discussão global* (Cap. 6), mais directamente orientado para o apoio à formulação de políticas PromS65+. Ocorrem, no entanto, também outros momentos de “fertilização” mútua das várias componentes da pesquisa. Designadamente, e no que toca às “concepções leigas de saúde”, algumas das perguntas incluídas no guião são influenciadas pelas primeiras etapas de elaboração do “perfil de saúde”, visando obter informação qualitativa sobre indicadores já escolhidos para inclusão naquela vertente quantitativa da pesquisa. Por sua vez, e no sentido inverso, as áreas iluminadas como prioritárias ou, por outras razões, merecedoras de aprofundamento, em resultado do estudo qualitativo sobre os significados atribuídos pelos idosos à saúde/bem-estar, informaram uma revisão das áreas/indicadores que interessa incluir na caracterização quantitativa da situação nacional que constitui o objecto do Perfil (Cap. 5). Finalmente, a própria discussão dos resultados das entrevistas será pontualmente enriquecida com a integração de dados quantitativos provenientes essencialmente da análise secundária de estudos que, de um ângulo complementar, numa abordagem extensiva, foquem temáticas afins, com populações nacionais.

²³ Patton, por exemplo, define assim a amostragem intencional/*Purposeful sampling*, característica da investigação qualitativa: “Cases for study (e.g., people, organizations, communities, cultures, events, critical incidences) are selected because they are “information rich” and illuminative, that is, they offer useful manifestations of the phenomenon of interest; sampling, then, is aimed at insight about the phenomenon, not empirical generalization from a sample to a population” (2002, p. 40).

B.3. Qualidade, (De)limitações e Considerações éticas

Qualidade

Os critérios e procedimentos envolvidos no assegurar da qualidade em investigações qualitativas são, por vários autores, considerados diversos dos aplicáveis na pesquisa quantitativa e matéria de considerável debate e controvérsia (v.g., Creswell, 2003; Guba, Lincoln, 1994; Meyrick, 2006). As questões da fiabilidade (*reliability*) e “generabilidade” têm aqui menor papel do que nas abordagens quantitativas, ao passo que a validade, apontada como ponto forte da pesquisa qualitativa, assume nela conotações diferentes (associadas a termos como credibilidade, confiabilidade /*trustworthiness*, etc.), afirma Creswell (*ob. cit.*).

A aumentar a complexidade da questão, a própria diversidade disciplinar – e epistemológica e ontológica – que se abriga sob a designação genérica de investigação qualitativa, desmultiplica as abordagens à questão da qualidade, mesmo no interior deste campo, e torna, segundo alguns, inviável ou, pelo menos, para outros, até à data inalcançável, um consenso sobre procedimentos e critérios nesta matéria (Meyrick, *ob. cit.*). Esta autora, sem pretender coarctar o pluralismo nas abordagens ao tema, propõe um referencial abrangente, assente no que considera serem dois princípios comuns e centrais para a questão do rigor na pesquisa qualitativa: a transparência e a sistematicidade. De acordo com esta proposta de Meyrick, a sua aplicação nas várias etapas do processo de investigação traduz-se num leque de técnicas alternativas que poderão ser usadas para assegurar e/ou avaliar a qualidade.

A clarificação da *posição teórica e epistemológica do investigador* – preocupação adoptada no presente trabalho (cf. B.1 deste Cap. e Introdução) e apontada por vários actores como estratégia para uma boa pesquisa qualitativa (v.g., Creswell, 2003), surge como o primeiro passo neste referencial. Com referência à segunda etapa do processo de pesquisa, de acordo ainda com as propostas de Meyrick, cumpriu-se também o aspecto de *justificação da adequação dos métodos escolhidos ao problema* em estudo, com apoio numa ampla bibliografia e tradição investigativa, oportunamente referenciada. Nas componentes de definição da amostra, recolha de dados e sua análise adoptaram-se estratégias que remetem essencialmente para transparência de procedimentos, assegurada por *detalhada descrição e fundamentação* dos mesmo (como atesta a presente secção B.3.). Finalmente, no que concerne à análise e interpretação dos dados – as etapas mais frequentemente enfatizadas na discussão da qualidade da pesquisa qualitativa –, foram várias as estratégias seguidas, no seu conjunto alinhando também, de acordo com o referencial de Meyrick, com o princípio de transparência (mais do que com o de sistematicidade, como se julgou apropriado ao tipo de pesquisa exploratória empreendido). Entre elas poder-se-á destacar o processo iterativo permanente entre os dados, sua codificação e interpretação; a inclusão relativamente extensa (ainda que não exaustiva), na apresentação dos dados que fundamentam as “conclusões”; a atenção sistemática a informação negativa/discrepante; a triangulação, no sentido do confronto com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais, na etapa final da discussão (Creswell, 2003; Huberman, Miles, 1994)²⁴.

Importante será insistir na consciência das limitações subjacentes ao estudo e na circunscrição dos seus propósitos - que permitem, não a formulação de conclusões transferíveis/generalizáveis, mas o iluminar de áreas e temáticas para atenção /investigação adicional e de hipóteses quanto a alternativas de interpretação de dados de outras fontes (nomeadamente os elementos quantitativos que compõe o Perfil de saúde/Cap. 5).

Delimitações, Limitações e Considerações Éticas

Foram já reconhecidas limitações em termos de possibilidade de generalização que decorrem essencialmente da estratégia de **amostragem** intencional, não representativa.

Adicionalmente, interessa salientar que, opções atrás justificadas na selecção dos participantes, delimitaram à partida a constituição da amostra (que, noutras dimensões, visou acentuar a diversidade) em aspectos importantes para a variabilidade do espectro de experiências, circunstâncias e características relevantes para o tema. Sublinhe-se em particular, que esta só abrange pessoas: entre os 74-85 anos (em

²⁴ Refira-se que se tentou o recurso a uma estratégia adicional: a verificação (parcial) das conclusões pelos próprios entrevistados – no caso, propondo a instituições abrangidas no estudo a realização de uma sessão de apresentação e discussão dos resultados com grupos dos seus utentes; tal sugestão não foi porém, como se disse, por aquelas acolhida.

contraste, portanto, com o restante trabalho, que delimita como população relevante todos aqueles com 65 ou mais anos); residentes numa única localidade, uma cidade de dimensão média; não institucionalizadas. Acresce como limitação que, mesmo no âmbito das características que se procurou contemplar/variar, nem sempre se encontraram participantes que concretizassem todas as combinações possíveis – por exemplo, não foi possível incluir pessoas que nunca tivessem casado, ou divorciados do sexo masculino; ao nível da saúde/ incapacidade não se entrevistou ninguém com mobilidade restringida a cadeira/cama; não houve igualmente entrevistados com formação académica superior. Julga-se em todo o caso que tais omissões não serão particularmente relevantes, tanto mais que correspondem a situações que são também pouco frequentes na população em geral.

Mas outro tipo de limite à “generabilidade” das conclusões do estudo decorre da estratégia de **análise de dados**, já que, como anteriormente se referiu, não se optou por uma abordagem - como seria por exemplo o caso da *‘grounded theory’* - orientada para gerar teoria geral, mas tão só por uma técnica adequada à exploração e delimitação do tema compatível com os propósitos visados, que são sobretudo de *identificação e descrição qualitativa* do fenómeno (Miller, Crabtree, 1992).

Outras limitações observadas respeitam à **qualidade** do material obtido e decorrem das dificuldades de comunicação por vezes observadas no decorrer de algumas entrevistas: dificuldades de audição²⁵ e diferenças de vocabulário, sobretudo, não permitem assegurar que tenha sempre ocorrido um adequado entendimento por parte dos entrevistados das questões colocadas (havendo ainda, pontualmente a considerar, dificuldades de ordem cognitiva/psicológica). Para algumas das perguntas do guião tais problemas fizeram-se sentir mais fortemente, quer por tratarem temas porventura menos familiares aos participantes (v.g., questões de participação) quer simplesmente por serem mais específicas, mais dependentes dos vocábulos empregues (v.g, perguntas relativas a vários tipos de determinantes da saúde). Essas dificuldades e o esforço de reformulação das perguntas a que frequentemente obrigaram, terão acentuado a heterogeneidade na interpretação das questões entre os vários entrevistados. Finalmente, é também de considerar que as acentuadas diferenças (culturais, etárias, educativas, etc.) entre entrevistadora e entrevistado terão criado inevitáveis interferências na comunicação as quais, apesar dos esforços envidados, poderão não ter sido sempre cabalmente ultrapassadas. No conjunto, considera-se que as consequências destas limitações, embora não negligenciáveis, são relativamente circunscritas (ver mais detalhes em C.) – e, em qualquer caso, em boa medida inevitáveis na investigação junto deste grupo da população.

Creswell (2003) enumera questões **éticas** a considerar em associação com várias componentes do processo de pesquisa, com destaque para a própria formulação do problema, do propósito e das questões da investigação, a recolha de dados, a sua análise e interpretação e, finalmente a disseminação de resultados. No que concerne a este estudo, poder-se-á salientar que não se espera que, em termos de propósito/ problema, ele possa ser de algum modo prejudicial para os participantes ou “desempoderador”, já que visa pelo contrário valorizar as suas percepções sobre o tema em análise. Por outro lado, embora de forma simplificada, julga-se ter transmitido o essencial da informação pertinente para um correcto entendimento dos objectivos e da utilização a dar aos resultados obtidos. O consentimento informado foi pedido verbalmente e não por escrito, atendendo tratar-se de população com frequentes limitações de literacia e no caso dos contactos por via institucional, o acesso foi formalmente solicitado junto das respectivas direcções, sublinhando-se não dever ser exercida pelas organizações qualquer pressão sobre os utentes com vista à participação. Quanto aos dados recolhidos, não foram naturalmente partilhados conteúdos das entrevistas com o pessoal das instituições; por sua vez, a devolução dos principais resultados aos participantes não foi concretizada pelos motivos já referidos. Uma potencial fragilidade ética reside na integral preservação do anonimato dos entrevistados face à disseminação mais ampla dos resultados: de facto, na análise e apresentação destes, procurou-se um equilíbrio, nem sempre fácil, entre o detalhe necessário à riqueza da exposição e o risco de, pela conjugação de informações, ser possível (em especial a quem serviu de intermediação no estabelecer dos contactos), identificar o entrevistado em causa.

²⁵ Agravadas numa ou outra situação por condições ambientais desfavoráveis.

C. Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados e discussão é dividida em 3 partes (C1, C2, e C3) correspondendo aos principais subtemas abordados, cada uma contemplando as seguintes rubricas: 1. *As perguntas* (relembrando as questões do guião pertinentes para o tema) ; 2. *A análise* (questões de investigação e linhas gerais do procedimento de análise) ; 3. *As respostas* (principais resultados); 4. *Discussão*; 5. *Síntese*

C.1. Importância da Saúde. Domínios e factores de Qualidade de Vida / Bem-estar

C.1.1. As perguntas

Conforme se pode verificar no guião (Anexo 3)²⁶, o conjunto de questões relativas à qualidade de vida (QV) e bem-estar (BE)²⁷ são as primeiras “substantivas” da entrevista, após algumas perguntas de identificação.

Houve a preocupação de se evitar, nesta primeira fase da entrevista, qualquer menção pela entrevistadora a “saúde”, de forma a que eventuais referências iniciais a estes temas pelos entrevistados não fossem influenciadas por interesse manifestado. Pelo mesmo motivo se evitaram igualmente, num primeiro momento, referências a “idosos” ou “envelhecimento”.

Só depois se coloca eventualmente uma pergunta relativa ao envelhecimento - seguindo-se posteriormente as restantes questões do guião (ver secções C2 e C3).

C.1.2. A análise

A interrogação de fundo subjacente a esta componente do estudo é - **qual o lugar e importância da saúde no conjunto dos domínios que contribuem para a qualidade de vida dos indivíduos?** Pretende contribuir para a exploração do que poderão ser metas/áreas de intervenção valorizadas pelos idosos, bem como sugerir pistas sobre factores ou aspectos mais específicos a considerar na actuação.

a) A primeira parte da análise procura pois identificar o tipo de domínios/áreas de vida que os entrevistados destacam como mais relevantes - pela positiva ou negativa - para o seu BE/QV. Consideram-se para tal sobretudo as temáticas realçadas nas respostas à primeira pergunta [1], de cariz geral (“O que é importante para o BE...”), pontualmente complementadas com aspectos enfatizados nas respostas às questões seguintes deste grupo. Os domínios/áreas principais nas quais são categorizadas as respostas foram os emergentes da própria análise.

b) Como contributo de resposta à questão de fundo orientadora da presente secção, inclui-se ainda uma exploração de expressões de valorização da saúde encontradas no conjunto das entrevistas.

Ao longo das entrevistas obteve-se material adicional sobre os domínios aqui identificados como centrais, bem como sobre outros, que assumem algum destaque nos depoimentos. A componente que se refere a explicações em termos de determinantes da saúde é retomada na secção respectiva (C2), mas há também informação que surge noutros contextos e/ou sem expressão clara de relação directa com a saúde. Por se considerar sugestivo de factores potencialmente relevantes para o BE/QV, parte desse material é incluído numa apresentação geral sobre alguns domínios de vida²⁸ no Anexo 4. Não há, note-

²⁶ Assinala-se no Anexo 3 as questões do guião mais directamente relevantes para as matérias em análise em cada secção; no entanto, como se verá, para esta e restantes temáticas consideram-se por vezes outras partes dos depoimentos - os quais, em qualquer caso, como se observou na Metodologia, nem sempre seguem de igual forma o guião.

²⁷ Saliente-se que, neste estudo/capítulo, qualidade de vida e bem-estar são termos usados de forma essencialmente inespecífica e intermutável, já que remetem não para os conceitos teóricos abordados na literatura científica, mas sim para concepções leigas, em que os aspectos analisados (e.g., domínios e factores valorizados para a qualidade de vida e apreciações globais ou parciais de satisfação) não são facilmente passíveis de distinção.

²⁸ Não se inclui aí o domínio Saúde por ser amplamente discutido no restante capítulo.

se, nessa vertente da análise qualquer pretensão de exaustividade, mas tão só extracção de pistas ou elementos ilustrativos de como alguns tópicos/domínios são vivenciados pelos entrevistados. Inclui-se aí um “domínio” particular - Envelhecimento - que contém respostas às questões específicas sobre esse tema (nos casos em que estas foram colocadas), bem como outro material pertinente.

C.1.3. As respostas

1.3.1. Principais domínios relevantes para a QV/BE

Aspectos genéricos. De forma geral, os entrevistados não mostraram hesitação ou dificuldades em responder à pergunta genérica sobre qualidade de vida e bem-estar - quase sempre optando por fazê-lo em termos pessoais, i.e., em função do que é importante para o próprio, no seu contexto actual de vida. A questão revelou-se aliás especialmente rica no sentido de permitir a expressão sobre o que parecem ser aspectos salientes da suas condições de vida e preocupações/aspirações.

Conteúdos específicos. As respostas de cada entrevistado tendem a focar dois ou três factores²⁹. No seu conjunto, incidiram sobretudo sobre quatro grandes domínio ou áreas - que se designaram como saúde, relacionamentos interpessoais, condições económicas e casa/espço de vida. No entanto, as “combinatórias” e os conteúdos concretos que assumem são bastante diversificados de caso para caso.

• A Saúde

“Eu só peço é que eu tivesse saúde”

A saúde é directamente referida como aspecto relevante para a qualidade de vida por quase dois terços (8) dos entrevistados. Contudo, só num desses casos surge como primeira - e, aliás, única – dimensão; nos restantes, é um aspecto apontado juntamente com (e depois de) outras vertentes/condições de BE.

Atentando aos conteúdos mais específicos, sobressai a frequência com que a saúde é mencionada em termos de valorização ou aspiração muito genérica – recorrendo nomeadamente a lugares comuns (incluindo a contraposição a bens materiais):

é a maior riqueza que eu podia ter (E10); *é o principal: pode não se ter dinheiro...* (E01); *Em tendo saúde...* (E13).

No entanto, para algumas pessoas, esta importância da saúde está associada a uma preocupação concreta e explícita, que aliás no decorrer das entrevistas se confirma poder ser muito marcante: o medo de “ficar numa cama” (E1, E9, E01). Outras significações e implicações da saúde para os entrevistados, que mais ou menos claramente poderão estar associadas à sua importância para a qualidade de vida, serão aprofundadas em C2: possibilidade de *“fazer as suas coisas”*; *doenças (“graves”)* e *sufrimento*; *força, alegria*; ir *“vivendo mais algum tempo”*; etc.

Neste contexto de referência à saúde a propósito do BE/QV, ela aparece valorizada quer como algo que se tem e/ou se teme perder, quer como algo que falta já. Nem sempre a distinção é clara - ambiguidade que de resto será expectável atendendo a que, como se verá, ter ou não saúde raramente é uma questão de “tudo ou nada”... Como diz, por exemplo, uma das entrevistadas, o que lhe interessa é *“ter alguma saúde - até que... ela chegue”* (E9).

Curiosa é a frequência com que a saúde surge como algo que, expressamente, *“se pede”*:

É o que peço sempre (E13); *Peço - eu não peço só por mim, peço por toda a gente – que Deus lhe dê...* (E8); *Só peço a Deus é que ...* (E01); *Eu só peço é que...* (E1)

Embora a análise comparativa das características dos entrevistados que mais valorizam a saúde no quadro da QV/BE, face ao restante grupo, não permita antever com clareza factores preditivos dessa importância, sugere como provável que ela seja acrescida em situações em que a incapacidade ou doença têm já um peso significativo no quotidiano dos indivíduos. É sem dúvida o que acontece com E10, a única entrevistada que põe este como primeiro e único domínio central para a qualidade de vida e que sofre,

²⁹ Para tal contribuiu também a técnica de entrevista, que indagava sobre eventuais aspectos adicionais quando a resposta inicial focava um só factor.

para além de inúmeras doenças, de muito acentuada incapacidade. Ou entre os que tiveram experiências anteriores de doença e/ou incapacidade graves - directas (e.g., E1, E6, E13) ou indirectas (e.g., E01). Voltando, inversamente, a atenção para o conjunto de 5 entrevistas em que a saúde não surge entre as referências centrais para a QV/BE, constata-se que nelas se incluem todas as pessoas que não se consideram, no seu quotidiano, limitadas por problemas de saúde (E5, E7, E11). Inclui, porém, também uma situação que vai exactamente no sentido oposto (E3, provavelmente a entrevistada com limitações mais severas) e um outro caso com limitações ligeiras (E02). Estão também “sobre-representados” neste grupo os indivíduos com situação económica mais favorável (E7, E11, E02) - embora, mais uma vez, com uma excepção clara (E5) - o que poderia levar a hipotetizar alguma eventual influência de tipo cultural que leva a ser menos provável este discurso entre as pessoas de estatuto socioeconómico mais elevado (e.g., E7, E11, E02). E talvez entre os homens (E5, E11). De qualquer modo, a importante co-variação entre estado de saúde e o ESE nos entrevistados acresce ao grau de especulação envolvido nestas hipóteses.

• Os Relacionamentos Interpessoais

“o pior é estar sozinha, mas...” “tenho a minha filha”

O domínio assim denominado recebeu igualmente muito significativa atenção dos entrevistados, sendo mencionado como central para a qualidade de vida em quase dois terços (8) das entrevistas - várias vezes aliás (E1, E2, E13, E8) em primeiro lugar, mas nunca como factor único.

Importa, no entanto, sublinhar que se optou por reunir sob este mesmo título referências e situações bastante diversificadas - e que indiciam uma heterogeneidade e riqueza de matizes que o material das entrevistas somente aflora (e que em muito se perde quando assim agrupado...). De qualquer modo alguns traços dominantes poderão ser salientados.

Três das entrevistas em que este domínio aparece referido com mais destaque (E1, E2, E13), são casos em que é sublinhada a falta de alguém, como aspecto que reduz a qualidade de vida. Para este “*estar/ser sozinho*”, “*não ter ninguém*”, parece pesar sobretudo o tratar-se de viúvos a viverem sós e com poucos familiares chegados - em dois casos, mulheres que não têm filhos, e outro (E13) um viúvo recente (que sofreu igualmente outras mortes na família).

Uma destas entrevistadas (E1) não tem aliás qualquer outra relação familiar próxima com que possa contar - e assim para esta pessoa um aspecto que assume destaque em termos de obstáculo ao bem-estar é a preocupação com a falta de apoio (instrumental) em eventual caso de incapacidade (de resto uma situação já antes vivenciada pela própria). Nos outros dois casos a solidão referida³⁰ remete mais genericamente para a perda de uma relação especial, de coabitação. Os dados disponíveis não permitem apontar quais as dimensões que assumem mais relevância neste fenómeno, sendo possivelmente um misto de várias³¹.

Mas o que sobressai é que a viuvez parece ser potencialmente um factor de perda de bem-estar importante e um acontecimento crítico difícil de ultrapassar. De facto, é de assinalar que as outras viúvas que não sublinharam este aspecto como um dos principais para o seu bem-estar actual, não deixaram de o mencionar na entrevista: quer em termos de lamentar a perda (E02) e “*(sentir) a falta do meu marido*” (E10), quer expressamente enquanto evento que marcou de forma drástica as suas vidas (E7, E9).

Interessante será mencionar neste contexto um outro caso em que se afirma “*já me habituei a estar sozinha*” (E01) e que embora ainda se fale de saudade, se refere igualmente que uma situação de coabitação não seria até fácil. É porém talvez significativo que neste caso a relação de referência fosse a mãe, que viveu com a entrevistada boa parte da sua vida adulta, até falecer; divorciada há já muitos anos, a entrevistada não expressa qualquer sentimento de perda ou solidão por referência à relação conjugal.

Uma quarta referência à esfera relacional pela negativa (E3) é mais vaga e mais abrangente - a falta de amor, que se manifesta muito intensamente sentida por esta entrevistada, possivelmente remeterá para a

³⁰ Pelo menos nesta fase específica da entrevista - porque noutros momentos E1 manifestou dor associada à morte do marido.

³¹ Na análise mais geral deste domínio (Anexo 4), procurar-se-á avançar um pouco mais na exploração de como a viuvez é vivida pelos entrevistados, recorrendo às pistas obtidas na totalidade do material das entrevistas.

redução (por morte e afastamento geográfico) das relações familiares e de amizade, para a impossibilidade sentida, mencionada noutro ponto da entrevista, de as substituir e, suspeita-se³², sobretudo pela má qualidade da relação com o único filho.

Este aspecto, da importância de que se reveste não só a existência mas também a qualidade dos relacionamentos próximos - que sendo negativa influirá desfavoravelmente no BE - é ilustrado por uma outra situação (E8), que enfatiza a “paz” como primeiro factor de BE/QV. O contexto dado pelo conjunto da entrevista leva a associar tal falta de paz a uma má relação e, até, a possível violência conjugal (e.g.: “*rezo para [que] o meu marido () quando ele chega assim mais tarde () não me apoquente*”).

Finalmente, os dois outros casos em que o domínio interpessoal é mencionado como central, pela negativa, para a QV/BE (E02; E11) distinguem-se dos anteriores por remeterem não tanto para relações significativas mas sobretudo para a insuficiência de oportunidades de convívio e/ou interacção com pessoas diversas. Mesmo aqui há diferenças aparentes entre as duas situações. Para E02 (viúva) estará em causa uma convivência “inespecífica” (vizinhas, parceiros de conversa no café, etc.) que possa suprir a solidão que resulta de viver só. Já para E11 (casado, mas muito “marcado” pela sua vida de emigração) o que faltará serão sobretudo pessoas com quem partilhe o mesmo tipo de interesses.

Mas importa sublinhar que a esfera relacional é também valorizada pela positiva, como recurso efectivo para o BE/QV dos entrevistados. Note-se, aliás, que todas as 4 entrevistas que colocam em primeiro lugar dificuldades do foro social/interpessoal como dimensões de BE, valorizam também, como positivos outros tipos de relacionamento, dentro ou fora da esfera familiar:

Hoje vivo muito para os amigos - E8;

Tenho a minha filha que olha por mim [...]; (Estar sozinho é), mais aborrecido, claro. Mas como tenho vizinhança ()

Este vizinho aqui ao pé também constantemente vem-me buscar para ir jantar com eles - E13;

Estou aqui [instituição] e estou muito bem, tratam-me bem, gostam de mim; [...] as minhas vizinhas são tudo, tudo, tudo! o que há de melhor para mim. - E1;

O pior é estar sozinha, mas... Vou andando, vou para a casa das minhas vizinhas de noite, de dia venho para aqui [instituição] - E2;

De destacar aqui o papel dos vizinhos. É interessante assinalar que este tipo de relacionamento, referido também noutros pontos das entrevistas, surge associado a uma importante diversidade de características e ‘funções’ que merecerão alguma exploração - a desenvolver noutro ponto da análise (Anexo 4). Para já, importa lembrar só que, como se referiu, numa das outras entrevistas em que a solidão é destacada pela negativa (E02), estará em boa medida em causa a falta de relações de sociabilidade deste género - nesse caso decorrente de uma recente mudança de casa para um bairro e prédio, que para além de (ainda) desconhecidos, terão características que facilitarão menos tal sociabilidade.

Os testemunhos obtidos apontam ainda como relevantes, para algumas pessoas, para além dos amigos, outros tipos de relacionamentos (a aprofundar igualmente na análise por tópicos - III-A4):

- os proporcionados nas instituições, quer as existentes/frequentadas por alguns dos entrevistados - os Centros de Dia, Convívio ou Universidade da 3ª Idade (e.g., E1, E2, E7, E8), globalmente mencionados pela positiva (embora também com pontuais referências a dificuldades relacionais) - quer as “em falta” (como sejam os “clubes sociais”, temáticos, cuja inexistência E11 aponta como falha para o seu BE);

- as relações com profissionais - de saúde ou das instituições sociais - cuja potencial conotação afectiva transparece em algumas entrevistas (e.g. E1);

- e até os animais de estimação (e.g., “*o gato é quem me anima*” - E02).

Quanto à esfera familiar, curioso será notar que nas entrevistas efectuadas nenhum dos participantes ainda casados destaca a relação conjugal como factor positivo de BE - uma área da vida, como vimos, potencialmente tão marcante pela negativa... Mas outras relações familiares, não conjugais/de coabitação, são efectivamente valorizadas pelos entrevistados como factor que contribui favoravelmente para a

³² Trata-se de algo nunca directamente mencionado mas várias vezes indiciado ao longo da entrevista.

satisfação com a vida – em especial o ter filhos (e netos) perto (E2, E13, E10³³ - “*é a melhor coisa que a gente tem. É ter um filho ao pé*”). Como se aprofunda na análise de tópicos, as entrevistas sugerem diversas facetas destas relações (do “*olhar por mim*” ao “*ser-lhes útil*” e “*ver o futuro dos netos*”) - inclusive algumas potencialmente negativas (como já se aflorou e.g. a propósito de E3), ou, pelo menos, não isentas de tensões. Será ainda de acrescentar, que há também casos (em especial E6, E8) em que não sendo os filhos mencionados entre os factores influentes na QV/BE, as narrativas são expressivas de uma indubitável importância (dependência...) quotidiana face a estes.

● As Condições Económicas

“...o lençol tapar o pé”

Embora este tópico seja destacado por menos pessoas que os dois anteriores, ele é mesmo assim mencionado como factor de BE/QV por mais de um terço dos entrevistados (E5, E6, E8, E01, E02) - quase sempre, nesses casos, em primeiro lugar.

Só num deles o aspecto económico é lembrado enquanto factor favorável: “*felizmente tenho para viver*”, é um aspecto que, para E02, apoia uma avaliação positiva da sua própria vida.

Nos restantes casos a referência a este tema no âmbito da questão do BE/QV corresponde a uma expressão de carência, mais ou menos directa (i.e., mesmo quando formulada em termos genéricos ou positivos, é acompanhada por uma afirmação das suas próprias dificuldades económicas).

Importa salientar que as aspirações económicas em causa são em geral modestas – o suficiente “*para me governar*” (E6), ou, em expressão mais extrema, “*Qualquer coisinha para a pessoa... enfim... comer*” (E8). Como é clarificado na análise do tema a aprofundar adiante, a pretensão dos entrevistados com queixas a este nível parece ser mesmo, essencialmente, poder fazer face às despesas básicas de subsistência. Interessante é notar que a insuficiência dos rendimentos pode ter implicações que vão além das mais óbvias, ao nível dos limites impostos aos consumos das pessoas (alguns aliás com repercussões muito directas na saúde - como a medicação e alimentação). De facto, como salientam alguns dos próprios entrevistados, pode ter também importante peso negativo em termos psicológicos, quanto mais não seja na medida em que é fonte potencial de incerteza quotidiana e quanto ao futuro - e logo de “*preocupação*” (E01) e “*muita tristeza*” (E5).

Sugestiva também será a utilização por duas entrevistadas, a propósito deste tema, da expressão “*Estica-se a perna à medida do lençol – se o lençol é curto não se pode esticar mais a perna*” (E6; E01). Tratando-se de histórias de vida marcadas pela escassez de recursos materiais, e, conseqüentemente pelo hábito, capacidade - e até, subentende-se, orgulho - de conseguir subsistir face a essa adversidade, adivinha-se provável que o tema das dificuldades económicas, apesar de bastante presente, possa estar a ser mesmo assim subvalorizado por alguns entrevistados³⁴.

● A Casa

“...na minha casinha”

Este é um outro tópico que se destaca em várias respostas (4) relativas à QV/BE. Em duas entrevistas (E3, E9) é o primeiro assunto a ser abordado, resultando bem sugestiva a centralidade da casa como espaço de vida rico de significados e implicações afectivas, materiais, simbólicas (ver desenvolvimento do tópico). Num dos casos, trata-se de uma pessoa que já esteve internada num lar, e embora de momento habite sozinha numa casa (arranjada pelo filho), tem como aspiração central ter “*uma casa () minha*” (E3)³⁵. Para quem não sofreu essa perda, a preocupação de ser forçada a deixá-la – bem como, o prazer inerente a tê-la - transparece por vezes nas entrevistas. E9 será disso ilustração particularmente eloquente: “*Eu adoro a minha casa, adoro tudo!*”, “*sempre gostei de estar em casa*”, “*Gosto de estar aqui na*

³³ Embora esta entrevistada não tenha mencionado este aspecto na questão inicial sobre QV/BE, ele é aqui incluído por ter surgido, enfaticamente, como factor justificativo de satisfação numa das questões seguintes (2) desta temática.

³⁴ Ver mais elementos e ilustrações relativos a este tópico no Anexo 4.

³⁵ Este ideia de um significado particular de uma casa “minha”, surge também noutras entrevistas – e.g. E01 (“*alugada - mas minha*”) ou E1 (“*a tua casinha*”) - ver tópico específico/Anexo 4.

minha casinha. Até que... até que um dia! Mas enquanto puder vou estando aqui” “Eu... sujeito-me a tudo, mas não sair daqui”. Outras entrevistadas manifestam, igualmente (noutros pontos das entrevistas), senão explicitamente o apego à casa, pelo menos o desejo de não ir para um lar (E01) – ou para casa dos filhos (E7).

Nas outras duas entrevistas em que a casa surge como factor destacado de QV, mencionado em 2º lugar (E6; E5), parece estar mais em causa uma dimensão material, de qualidade: “*ter uma casa com tudo quanto é bom, o conforto de uma casa*” (E6). Em ambos os casos os entrevistados apontam deficiências à casa que têm³⁶, embora o desagrado não seja total (“*A casa também não é muito capaz, mas...*” E5). As condições de habitação poderão ser aliás expressão relevante da segurança/conforto económico que para algumas pessoas se revelou especialmente central - de facto E5 e E6 são, lembre-se, dois dos entrevistados que enfatizaram igualmente essa dimensão; e E02, outra das pessoas que salientou o “*ter para viver*”, refere também como justificação para uma (relativa) satisfação com a sua vida o facto de que “*a casa é boa, tem tudo o que faz falta*”.

Vale a pena, finalmente, mencionar que ninguém destacou explicitamente as condições de acessibilidade ou outras de implantação local da casa como factores relevantes de BE/QV - apesar de (como se abordará noutro ponto da análise), as entrevistas revelarem diversas instâncias em que a vida das pessoas é na prática condicionada por este tipo de aspectos (ao ponto, por exemplo, de ser obrigado a mudar de casa - E02, ou deixar de poder sair - E10).

• Outros domínios

“já tenho tanta idade” “ocupar a nossa vida”

Se a maioria dos factores destacados pelos entrevistados como importantes para a sua QV/BE se enquadravam nos 4 grandes domínios já referidos, respostas houve remetendo para outro tipo de áreas. Dessa diversidade destaca-se aqui um aspecto, que surge claramente como central para dois entrevistados: a ocupação do tempo como factor de bem-estar. Não sendo propriamente formulado como tal, em qualquer destes dois casos a pergunta sobre BE/QV é respondida em termos de uma inventariação mais ou menos extensa das actividades com que ocupam - ou, num dos casos, “*gastam*” (E10)... - o tempo. O uso deste último termo não será inócuo, já que esta pessoa preferiria, segundo relato do próprio, empregar o tempo noutro tipo de actividades (vida social com pessoas partilhando o mesmo tipo de interesses - nomeadamente intelectuais, presume-se - ou, talvez acima de tudo, “*poder ainda ser útil*”, fazendo recurso, a título voluntário, do seu saber profissional, que continua aliás, a procurar actualizar). Não tendo conseguido, apesar de esforços activos nesse sentido, satisfazer tais aspirações, ocupa-se com leituras, internet, passeios, etc. - e sobretudo, subentende-se, evitando “*resignar-se*” a uma “*vida sórdida*” de “*dormir à frente da televisão*” como vê acontecer a outras pessoas da mesma idade. Esta mesma atitude de procura activa e consciente de modos de “*preencher*” o tempo que dêem prazer, podendo inclusive ser úteis para outros, e que são, talvez acima de tudo, também ajuda para ultrapassar dificuldades (incluindo a solidão que se seguiu à viuvez) é igualmente enfaticamente descrita por E7, mas neste caso mais como uma meta alcançada.

Não será, julga-se, por acaso que estes dois são os entrevistados de mais elevado estatuto socioeconómico, em especial no plano educativo. Mas o aspecto da rotina diária, das actividades que se desenvolvem (ou que já não se podem fazer) surge, com maior ou menor centralidade, em diversos pontos de boa parte das entrevistas, como se verá na análise específica do tópico em Anexo 4. O tipo de actividades privilegiadas é que varia, naturalmente. Referências à importância do “trabalho” restringem-se, como é natural, aos que tiveram um emprego (e.g. “*Trabalhar já não trabalho! não faço nada*” - E13); mas, para quem se dedicou toda a vida às tarefas domésticas poder fazer “*as minhas coisas todas, ainda*” reveste-se de evidente centralidade. Conversar, dar umas “voltinhas”, labores, cuidar das plantas, aulas - e

³⁶ No caso de E5 parece tratar-se de uma casa antiga, com reduzidas condições de habitabilidade (é “húmida”, “o meu quarto nem porta tem”, “tem muitas entradas de ar”, etc.). E6 aparentemente terá sido recentemente realojada, numa casa pequena mas que, em compensação, como lhe dizia o filho “é uma casinha nova, mãe. Pelo menos não te chove”.

também a televisão, claro (*“é a minha companha!”* - E13) -, são alguns das muitas actividades mais mencionadas nas entrevistas.

Uma referência ainda neste contexto à idade/velhice. Nunca expressamente aprofundada como determinante central do BE/QV na pergunta inicial, foi em todo o caso apresentada como justificação para menor satisfação com a vida por um entrevistado (*não estou muito satisfeito porque já tenho tanta idade* - E13) e até para a queixa de “desamor” já mencionada (*Eu sou velha! - já não se (liga) às pessoas velhas* - E3).

Como oportunamente se aprofundará, surge em diversos outros contextos das entrevistas como uma influência, mais ou menos explícita, mas quase sempre negativa, na vida das pessoas. Às vezes com crueza e mágoa mais evidente (*“agora estou de outra maneira. Já estou feia, já estou velha, já estou...”* - E2), outras com mais humor (*“não basta ter a PDI (Porca Da Idade), agora também a (DMI)³⁷”* - E02). E quanto mais não seja, aparece também como motivo para a falta de perspectivas para o futuro:

Estou velha! Já não faço nada. Agora é só descer, descer, descer - E9;

A minha ideia é que isto cada vez será pior, porque eu cada vez vou estando mais velha, vou tendo menos forças - E6.

1.3.2. O valor atribuído à saúde

“O maior bem”

A saúde é em geral fortemente valorizada: para além de ser, como se viu, directamente apontada por muitos como factor central na pergunta sobre bem-estar, é objecto de expressões de explícita valorização pela maioria dos entrevistados, em pontos diversos da entrevista: é *“o maior bem”*, *“a maior riqueza”* (E1, E10); *“um bem inigualável”*, o *“mais importante”*, *“que melhor?”* (E7); *“é o principal”*, *“é tudo”* (E01); *“(mais saúde seria) o melhor que eu tinha na minha vida”* (E8); *“é o que é preciso”* (E2); *“muito bom”*, *“uma maravilha”* (E6); *“uma alegria”*, *“o que me ajuda”*, *“o que eu quero”* (E13).

Ou pelo menos de reconhecimento de que *“sem saúde não se faz nada”* (E10), que a incapacidade *“é terrível”* (E02) e a situação de doença *“é deplorável, é o pior que nos pode acontecer”* (E7), *“muito mau”* (E6), *“a doença ninguém quer!”* (E13).

Essa noção de importância é reforçada por, em vários casos, ser o que se *“pede”* - (implícita ou explicitamente) a Deus - (E10; E8; E1; E13; E01) e pela frequência com que a constatação de saúde ou ausência de doença/ incapacidade é acompanhada de expressão de satisfação (*“felizmente”* - E5, E01) ou de *“graças”* a Deus (E7, E6, E9, E02). Mesmo assim é de assinalar que numa entrevista não se destaca nenhuma manifestação deste tipo (E3) - e que uma outra (E02) só se expressa nestes termos face à incapacidade (*“não se poder mexer”*).

C.1.4. Discussão

A presente dimensão da pesquisa permitiu alguma exploração do entendimento de **qualidade de vida/ bem-estar** para as pessoas idosas entrevistadas, muito em particular, dos factores que para tal mais contribuem. Os resultados são consentâneos com os da literatura internacional, sugerindo tratar-se de um conceito multidimensional, englobando diversos domínios ou áreas relevantes. As temáticas específicas mais frequentemente mencionadas nos depoimentos obtidos - saúde, relacionamentos interpessoais, condições económicas, casa e outros - têm também correspondência com as encontradas noutras investigações. Por exemplo, na revisão de literatura sistemática de Brown e Flynn (2004), conclui-se que as componentes mais consistentemente nomeadas pelas pessoas idosas como importantes, nos 43 estudos identificados, são: relações familiares; outras relações/contactos; bem-estar emocional; religião/ espiritualidade; independência, mobilidade e autonomia; actividades sociais/de lazer e comunidade; finanças/condições de vida; saúde pessoal e saúde de outros.

A diversidade interindividual nos conteúdos mais específicos que se associam a cada uma das áreas identificadas na presente investigação é por sua vez concordante com os resultados de Browne *et al.*

³⁷ Degenerescência Macular relacionada com a Idade.

(citados por Borglin *et al.*, 2005) que verificaram que os domínios nomeados como importantes tendem a ter significados idiossincráticos, reforçando a importância de explorar estes últimos. Por outro lado, os mesmos Borglin *et al.* (apoiando-se desta feita nos resultados de Farquhar, 1995), salientam que para produzir conhecimento sobre como manter e melhorar a QV importa explorar tanto aspectos positivos como negativos - dualidade que também os idosos entrevistados reflectiram nas suas respostas.

Mais directamente pertinente para a problemática central da pesquisa é a indicação de que para os entrevistados a saúde, para além de genericamente valorizada, se tende a perfilar - como o faria prever a literatura revista -, como uma componente importante da QV, se bem que não exclusiva/isolada nem universal. Quanto a essa variabilidade, os estudos internacionais, apesar de tenderem a ignorar os efeitos de heterogeneidade das características individuais, proporcionam mesmo assim alguma evidência de que estas podem efectivamente fazer pelo menos variar a força da preferência/importância atribuída à saúde, bem como aos restantes componentes de QV - sem que tal ponha em causa a significativa consistência verificada quanto ao leque de domínios identificados como geralmente mais relevantes (Brown, Flynn, 2004). Os conteúdos dos vários domínios destacados no presente estudo merecem também alguns comentários enquadrados pela literatura internacional.

- **Saúde:** Na questão colocada aos entrevistados sobre QV/BE, a saúde destaca-se, como se viu, como uma das temáticas mais mencionadas - em concordância com o verificado na revisão de literatura referida de Brown e Flynn (2004): a saúde pessoal surge nomeada como domínio importante para a QV em 17 estudos, sendo que em vários deles se cota entre as 3 componentes mais valorizadas.

Analisando os conteúdos mais específicos das respostas dos entrevistados que se enquadram nesta área, observa-se que a saúde surge tanto como um recurso que contribuirá positivamente para a QV, como um factor que a reduz. E talvez seja mesmo essa dupla valência que constitua a situação dominante, já que quando é apontada como “um bem” ou um recurso positivo de QV, muitas vezes está igualmente expresso ou subentendido algum grau de perda e/ou a preocupação com uma eventual deterioração adicional - nomeadamente com implicações em termos de incapacidade. Aliás a incerteza parece ser, de alguma forma, uma característica subjacente a várias das referências à saúde como determinante da QV/BE. Possivelmente associada às experiências pessoais mas também às expectativas gerais quanto ao envelhecimento (ver tópico em Anexo 4), tal perspectiva implica que a saúde pode ser um importante factor de sofrimento na vida das pessoas, não só pelos problemas objectivos vivenciados mas também pela preocupação/temor que envolve. Nesse mesmo sentido vão os resultados de Borglin *et al.* (2005), que nas entrevistas sobre QV realizadas com suecos entre os 80 e os 85 anos, dentro dos subtemas identificados na área da saúde, encontram quer expressões relativas à situação actual das pessoas, quer preocupações face a uma visão do futuro ameaçadora (e.g. em termos de dependência, medo de adoecer ou sofrer e/ou perder o controle sobre o corpo/mente). Uma outra expressão dessa “incerteza” será a já referida tendência para a saúde se expressar como objecto de “pedido” (logo, fora do controle directo do indivíduo) - embora, se possa especular que, nesses casos, e por intermédio da fé na intervenção divina se possa repor também algum grau de “interposto” controle³⁸ sobre a situação.

A exploração aprofundada do significado de saúde para os entrevistados, no ponto 2, trará pistas adicionais quanto às vertentes do conceito potencialmente valorizadas em termos de QV/BE. No entanto, as respostas agora analisadas sugerem que, para lá de um possível significado positivo que se apresenta como genérico, quase abstracto (expresso sobretudo por ‘lugares comuns’), a importância da saúde para a QV parece ganhar substância sobretudo em termos das suas consequências (negativas) para o quotidiano. O “ficar acamado” merece aqui realce, por constituir preocupação significativa para várias entrevistadas. As respostas são sugestivas aliás de que esta vertente de limitações/ incapacidade poderá ser mais saliente para os entrevistados do que a doença ou implicações desta que tendem a ser clinicamente valorizados, como o risco/esperança de vida.

³⁸ Esta questão do controle sobre a saúde será retomada noutro ponto da análise.

Estudos citados por Brown e Flynn (*ob. cit.*) sugerem que aqueles que não estão de boa saúde poderão dar ainda maior importância a este domínio. Também a revisão de literatura de Hughner e Kleine (2004), indica que os poucos estudos (não especificamente com idosos) que contemplam este tema - largamente inexplorado - do valor e prioridade da saúde face a outras áreas da vida, sugerem que a saúde tende a competir com outras prioridades, podendo não assumir preponderância a não ser que a pessoa tenha já problemas nesta área. As entrevistas realizadas não permitem naturalmente conclusões sobre este ou outros potenciais factores determinantes da importância relativa da saúde para a BE/QV. Sugerem, no entanto, como de facto provável que esta temática tenha um acréscimo de visibilidade quando os indivíduos sentem no seu quotidiano a influência de incapacidade ou doença significativas, ou ainda quando disso tiveram experiência anterior, directa ou indirecta.

Para lá dessas hipóteses, o que este conjunto de entrevistas parece permitir afirmar é que não há uma universalidade nesta matéria: apesar de a saúde ser com boa probabilidade importante no discurso das pessoas desta idade (e geração) - possivelmente mais ainda quando está comprometida e/ou é percebida como incerta, sob ameaça - haverá variabilidade no seu peso relativo e, inclusive, indivíduos para quem não se manifesta como prioridade. Em qualquer caso, situação frequente será ela surgir enquanto um de vários aspectos que contribuem - pela positiva e/ou pela negativa - para o BE/QV individual.

• **Relacionamentos Interpessoais:** Os testemunhos parecem ilustrar bem a importância e também a diversidade de modos através dos quais a esfera relacional pode influenciar a QV/BE, tanto pela negativa como pela positiva - ou seja, por haver neste domínio uma “falta” (“estar/ser sozinho”, insuficiente vida social, falta de apoio, etc.), ou um aspecto presente mas prejudicial ou, pelo contrário, pela existência de relações valorizadas. Brown e Flynn encontraram menção a este domínio como importante em 21 dos estudos que reviram (2004), assinalando que em vários deles se estabelece uma distinção entre relações familiares e outros tipos de relação, sendo que nesses casos as primeiras tendem a ser mais mencionadas pelas pessoas idosas.

De uma forma geral, no presente estudo, serão em particular as relações conjugais (e eventualmente outras de coabitação) que muitas vezes se revelam de especial importância para a QV/BE - ainda que com influência negativa. Sobretudo quando “faltam”, por morte do cônjuge, constituindo então, tudo indica, o principal factor implicado nas queixas solidão dos entrevistados. Mas também quando são de má qualidade. No entanto, outras relações familiares - nomeadamente com os filhos e netos, embora não só - são também sublinhadas; se bem que aí, pelo contrário, em geral como factores que aumentam a QV/BE (ainda que se indiciem também nesta área potenciais ameaças ao BE). Os amigos ou mesmo outras relações mais simplesmente conviviais podem igualmente assumir importância para a QV. De destacar o papel da vizinhança, por mais de um entrevistado salientado como positivo. Ou, por vezes, o das relações no contexto da frequência de uma instituição (que, mais uma vez, podem assumir também aspectos menos favoráveis). A centralidade da sociabilidade e envolvimento interpessoal na concepção de bem-estar das pessoas idosas é também constatada no estudo de Godfrey e colegas (2004),³⁹ assim como a diversidade das redes sociais relevantes - que incluem familiares, amigos, vizinhos e grupos de interesse.

Por sua vez, no estudo de Borglin *et al.* (2005), o acesso a relações surge igualmente como um dos quatro temas de fundo importantes para a qualidade de vida dos idosos - mas, neste caso, definido em termos de **relações significativas**. Tratando-se de relações únicas e “recíprocas”, em que uma história partilhada cimenta laços que contribuirão para um sentimento de manutenção do *self*, este domínio inclui referências à perda do cônjuge, conotada com uma “perda de parte de si mesmo”, uma enorme mágoa e sentimentos de solidão não passíveis de compensação. A viuvez surge também no presente estudo, como se viu, como um dos aspectos interpessoais frequentemente associado a implicações negativas para a QV/BE, e

³⁹ Este estudo qualitativo com idosos, adoptando uma abordagem participativa, envolveu entrevistas em profundidade (84 pessoas), *focus groups*, entrevistas a informantes-chave e observação participante em duas localidades urbanas do Reino Unido.

destaca-se igualmente na análise mais global dos domínios de vida abordados nas entrevistas - *ver Anexo 4-Tópicos* -, como área de dificuldades e evento crítico de potenciais repercussões significativas, quer a curto, quer a longo prazo.

Se no relevo que assume a viuvez os resultados do presente estudo se aproximam dos de Borglin *et al.*, este engloba porém paralelamente uma expressa valorização positiva das relações conjugais existentes que se não manifestou nos entrevistados portugueses, onde a vivência da conjugalidade, enquanto ainda presente, não é descrita como recurso... A conflitualidade e, ao limite, os maus tratos constituem, em contrapartida, uma vertente das relações conjugais que, no estudo em análise, se manifesta como potencialmente detrimental para o BE/QV e que se encontra ausente nas investigações mencionadas. Tal “silêncio” poderá dever-se ao facto deste ser um tópico difícil, tendendo, de acordo com o relatório “*Missing voices: views of older persons on elder abuse*” (WHO/INPEA, 2002), a suscitar desconforto ou mesmo negação entre as pessoas idosas. Neste estudo, envolvendo idosos de 8 países⁴⁰, a violência doméstica, nomeadamente, não foi considerada preocupação importante pela maioria dos *focus groups* e o abuso físico teve muito escassas menções directas - apesar de, como acrescenta o relatório, “*it seemed like it was always lurking on the margins of the narratives*” (p. 9). São aliás também sobretudo alusões indirectas que levaram a avançar a hipótese de tal problema estar subjacente a um (pelo menos) dos depoimentos recolhidos.

No estudo realizado os relacionamentos interpessoais são porém também destacadas pelo seu contributo positivo para QV/BE - em especial, as relações com os **filhos e netos**. O envolvimento nestes e noutros laços familiares surge igualmente como subtema importante das “relações significativas” assinaladas na pesquisa de Borglin *et al.* (2005). Aspecto particularmente enfatizado nesses resultados são as obrigações também existentes face aos vários familiares, bem como o desejo de não constituir para eles uma sobrecarga, subentendendo-se a importância de um equilíbrio entre dependência-independência dos outros - interdependência igualmente enfatizada pelos idosos contactados por Godfrey *et al.* (2004). No presente trabalho, a vontade de “não pesar”, ou o reconhecimento de que os filhos “*têm as suas vidas*”, e para além disso, exemplos concretos de ajudas prestadas pelos entrevistados a seus familiares, estão presentes em vários depoimentos recolhidos (veja-se em especial o aprofundamento do tópico desenvolvido noutro ponto), bem como algumas outras expressões de valorização de “paridade” nas relações intergeracionais. No entanto, dir-se-ia que tal preocupação de manter um balanço equilibrado de interdependência não assumirá igual destaque em todos os casos, podendo quase não ter expressão, em especial talvez em situações de grande fragilidade (em termos de saúde e, porventura também, económica) em que o “fluxo de apoio” já se tornou mais vincadamente unidireccional.

Mesmo assim, os depoimentos não deixam de indiciar que mesmo em relações familiares com um balanço emocional favorável, pode haver pontos de tensão eventual.

Alguns dos estudos revistos por Brown e Flynn (2004) indicam um acréscimo da importância da família (e/ou outras relações sociais) nos idosos com pior saúde e nos mais jovens - mas na presente pesquisa não se encontram indicações nesse sentido. Em contrapartida surgem neste caso, como factores contextuais provavelmente relevantes para o peso de aspectos deste domínio, o estado civil/situação de conjugalidade, e, muito particularmente, a ocorrência de viuvez. De facto, os dados sugerem que a existência de filhos/netos (e outros familiares), em especial se geograficamente próximos, poderá ser factor positivo de acrescida importância nessa situação - embora as próprias entrevistas sugiram que não seja sempre o caso.

A conjugação de viuvez com a morte e/ou inexistência de outros familiares com relação de proximidade apresentar-se-á então como um alerta de risco de dificuldades particularmente significativo - embora também aí os indivíduos possam conseguir, como se viu, estabelecer outro tipo de relacionamentos gratificantes e instrumentalmente úteis. Esta possibilidade de, pelo menos parcialmente, contrabalançar as perdas resultantes da viuvez, com recurso a novas actividades e amizades é também encontrada por Godfrey *et al.* (2004) - mas sobretudo quando a viuvez ocorre por exemplo pouco depois da reforma ou

⁴⁰ Argentina, Áustria, Brasil, Canadá, Índia, Quénia, Líbano e Suécia.

tratando-se de mulheres. Circunstâncias como a idade avançada, problemas de saúde e perdas/lutos acumulados, tendiam pelo contrário, a tornar mais difícil lidar com os problemas e sentimentos de isolamento resultantes da perda do companheiro.

Dentro da panóplia de relacionamentos interpessoais considerados importantes pelos entrevistados portugueses, merecem destaque os **vizinhos**, referenciados por diversas pessoas como associados a uma diversidade de funções. De facto, em mais de um caso se verifica que estas se podem estender bem para lá de uma mais superficial sociabilidade/convivialidade quotidiana (já de si bastante valorizada), podendo inclusive constituir muito significativa fonte de apoio instrumental regular (compras, transporte, etc.). A importância deste tipo de redes é também bem patente no estudo de Godfrey e colegas (embora não seja, por exemplo, mencionado por Borglin *et al.*, 2005).

Consequentemente, outro factor de risco no plano interpessoal, sugerido pelas entrevistas realizadas, é a mudança de zona de residência e/ou habitação, na medida (também) em que ponha em causa tais relações de vizinhança. Ainda que os depoimentos recolhidos não avancem muitos elementos explícitos sobre a importância do tempo de permanência na zona de residência como factor facilitador do estabelecer dessas redes⁴¹, outras investigações, como a de Godfrey *et al.* (*ob. cit.*) confirmam a relevância dessa continuidade.

Será curioso assinalar que no estudo efectuado é a propósito das relações de vizinhança que surge especialmente acentuada a vertente de gestão de fronteiras relacionais e evitamento dos riscos de intrusão excessiva, que Borglin e colegas (*ob. cit.*) descreviam para o contexto familiar.

Os dados sugerem ainda que, pelo menos nalguns casos, contextos **institucionais** podem proporcionar oportunidades importantes de estabelecer interações sociais, seja de carácter mais esporádico ou mais quotidiano - ainda que de relevância variável em função dos indivíduos e circunstâncias e não, de modo algum, de adequação universal.

De facto, outra ilação importante ilustrada pelas entrevistas é, para além da diversidade de tipos de relacionamentos, também a heterogeneidade de situações, significados, preferências, etc., associados a este domínio - mais evidente ainda quando se estende a análise ao conjunto de referências ao plano interpessoal encontradas nas entrevistas. Poder-se-á assinalar, a título de exemplo, no que respeita a relações não familiares, que enquanto algumas pessoas expressamente distinguem “há amigos e há conhecimentos”, outras usam intermutavelmente termos como vizinhas e amigas ou consideram, por exemplo, o médico (que não conhecem fora do contexto profissional) como “um grande amigo”. Ou que enquanto para o bem estar de uns conta bastante o ter simplesmente alguém com quem conversar, outros aspiram a conviver sim, mas em particular com pessoas que partilhem um certo tipo de interesses. Reforça-se assim pois a importância de explorar os entendimentos idiossincráticos que as pessoas fazem dos domínios/conceitos - já que termos tão frequentes como “solidão” tanto podem remeter para a falta de alguém com quem ter uma conversa agradável no café ou à porta de casa, como a insuperável perda de um parceiro de vida inteira, ou o ter-se tornado o último representante de uma geração familiar. E a “companhia” pode ser a de alguém com que se partilha o quotidiano, de quem acuda se se adoecer durante a noite, a de um diálogo e confiança estabelecidos há décadas - mas também, a de quem nos acompanha numa saída, os bons dias repetidos a caminho da mercearia, o rosto conhecido que se vê passar da janela, o gato, o ruído da cadeira da vizinha de cima...

Uma palavra ainda para a eventual redução do envolvimento social/relacional na idade mais avançada ou em situações de doença. Ainda que na prática tal redução se possa verificar, não se encontraram nas entrevistas indícios de significativo desinvestimento ou desinteresse nesta esfera - mesmo nas situações de maior incapacidade física ou perturbação psíquica - tendendo pois a confirmar-se a importância

⁴¹ Destacam em contrapartida outros factores como, por exemplo, as características dos edifícios (casa térrea vs. prédio; existência de elevador).

subjectiva continuada do envolvimento interpessoal nas idades avançadas, detectada por exemplo, no estudo de R. Novo (2003)⁴². Verifica-se isso sim, por vezes, aquilo a que Godfrey *et al.* se referem como 'contração do mundo espacial', "*as a result of ill health, disability and reduced energy and vigour*" (2004, p. 217). Mas, como os mesmos autores sugerem, tal não terá forçosamente que implicar igual contração do mundo social - desde que, nomeadamente, esse "mundo social venha até às pessoas" (*idem*). Isso mesmo ilustram os depoimentos de entrevistadas que não podendo (ou, num caso, não desejando) sair, manifestavam porém mantido interesse em receber visitas.

• **Condições económicas e casa:** Estes que foram aqui considerados dois domínios separados, são abordados conjuntamente ("*Finances or Standards of Living*") na revisão de literatura de Brown e Flynn (2004), onde se confirma a sua importância para a população idosa, merecendo menção em 15 dos estudos analisados, nalguns deles ocupando posição entre os 5 componentes mais valorizados⁴³. Incluem-se aí referências a aspectos que, para além da habitação e segurança financeira, se estendem nalguns casos ainda a questões relativas por exemplo à zona de residência, transportes, etc. - vertentes também tocadas nos depoimentos obtidos ainda que só na análise mais global de domínios de vida e não directamente mencionadas enquanto prioritárias para a QV/BE.

Os subtemas "riqueza material" e "casa" são também agrupados, por Borglin *et al.* (2005), sob a designação de "*Conditions governing one's life*", constituindo assim mais um dos quatro grandes temas detectados nesse estudo. Note-se que aí, como no presente trabalho, se inclui quer uma vertente mais puramente material, quer também uma dimensão de valores - como o significado da casa e sua envolvimento ou as implicações da capacidade económica interpretadas, por exemplo, em termos de limitações que impõem.

Relativamente aos depoimentos recolhidos, o peso atribuído por vários entrevistados às questões **financeiras** parece essencialmente associado a condições objectivas de dificuldade e privação - possivelmente até, hipotetizou-se, subvalorizadas pelos próprios, atendendo a uma cultura promotora de baixas expectativas e uma atitude de valorização da capacidade de subsistência. Observa-se no entanto, também, que esta insuficiência de recursos é destacada não só pelas restrições concretas que impõe, em múltiplos domínios (acesso a alimentação adequada, cuidados de saúde e outros, actividades de lazer/participação, etc.) mas, talvez acima de tudo, pelas repercussões num plano subjectivo - essencialmente em termos de sentimentos de preocupação e insegurança. Este tipo de implicações (que, no entender de alguns entrevistados, poderão inclusive reflectir-se negativamente na saúde) parece tender porém a só ser reconhecido por aqueles que directamente as sofrem, e não pelos que gozam de uma situação de maior afluência - questão que se voltará a discutir a propósito da consciência dos determinantes sociais em saúde.

As referências à **habitação** podem traduzir uma vertente específica das condições materiais de existência dos entrevistados (nalguns casos aliás com significativas insuficiências). Mas mais frequentemente este tema é abordado numa perspectiva que remete para os múltiplos significados afectivos, simbólicos, etc. de que se reveste a casa como espaço de vida. Ainda que sejam notórias as variações idiossincráticas nesse plano, ter/estar em casa própria é frequentemente conotado com significativa fonte de satisfação - o que não impede que sejam paralelamente sublinhadas dificuldades resultantes de aí permanecer, em particular sozinho. Este tema pode adquirir particular saliência face à hipótese que alguns colocam - em geral, para a repudiar - de ter de abandonar a casa para ir para uma instituição ou viver com os filhos. No conjunto, e para lá das já referidas variações, dir-se-ia que tende a emergir um quadro em que ter casa própria, com algumas condições de habitabilidade e conforto, e gerida ao seu modo, é assinalavelmente

⁴² Esta pesquisa, sobre o bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada, enquadra-se numa abordagem metodológica bem distinta da dos demais estudos (qualitativos) referenciados nesta secção da Discussão. Mostra-se aqui relevante por caracterizar, no contexto nacional, a partir de instrumentos de avaliação psicológica mas também de entrevistas semi-estruturadas, domínios da personalidade atinentes ao envolvimento na esfera interpessoal.

⁴³ Num estudo com idosos irlandeses (Browne *et al.*, 2002, citado por Brown, Flynn, 2004) as condições de vida chegam mesmo a ocupar um primeiro lugar (*exequo*) entre as componentes mais frequentemente mencionadas.

importante para os entrevistados. Mas é paralelamente importante assegurar oportunidades de convivialidade e ocupação no exterior (ou eventualmente na própria casa, dependendo da capacidade física e das apetências pessoais) e seria desejável garantir o indispensável socorro e apoio em caso de doença ou incapacidade. Esta última questão surge aliás como forte matéria de insegurança e preocupação face ao futuro para alguns entrevistados que vivem sós. Dir-se-ia que nesses casos se conjugam em geral a já referida incerteza/ expectativas pouco favoráveis quanto à evolução da sua situação de saúde, com a reduzida informação e/ou confiança que os entrevistados manifestam sobre a existência, qualidade e/ou possibilidade de acesso a serviços de apoio adequados - sendo que o recurso aos filhos/família não é em geral considerado possível ou desejável.

Ainda que não expressamente apontadas pelos entrevistados como condições directamente importantes para a sua QV/BE, o conjunto dos depoimentos ilustra diversas características da habitação e mais genericamente da **zona de residência** potencialmente relevantes: condições de acessibilidade, disponibilidade de um espaço exterior (e.g., quintal), estruturas existentes no meio envolvente, transporte (adaptado às suas necessidades), são alguns exemplos.

Estas questões podem ser enquadradas na questão do significado do “lugar”, destacado nalguns trabalhos sobre a população idosa. Este era um dos temas centrais no estudo de Godfrey e colegas (2004) - intitulado *“Building a good life for older people in local communities”*. Partindo da ideia de que a dimensão psicológica expressa em sentimentos de ligação/exclusão face às localidades, pode ser um importante elemento de identidade, com impacto na qualidade de vida, acrescido entre os mais velhos, os autores procuram explorar o significado do “lugar” a partir das concepções dos idosos sobre os seus bairros ou localidades. Concluem que este assume de facto enorme importância, embora com expressões bastante variáveis entre indivíduos e localidades. Alguns revelam forte ligação à localidade; para outros, para quem esta ligação específica não é tão forte, as suas casas e o ambiente social e físico mais imediato do bairro são mesmo assim cruciais para a sua qualidade de vida, podendo nesses casos ser mais evocados aspectos de conveniência, como a proximidade de lojas, transportes, etc. Embora estes aspectos não tenham sido aprofundados no presente estudo, incluíam-se mesmo assim questões que remetiam para o bairro/ local/ cidade de residência - conceitos que os depoimentos não reflectem porém como tendo especial eco entre os entrevistados. Ou seja, e com as óbvias limitações inerentes ao material disponível, dir-se-ia que a posição dos entrevistados se tende a aproximar mais da do segundo grupo mencionado no estudo de Godfrey e colegas, já que se os seus relatos ilustram o impacte potencial de várias características locais, sem que se encontrem referências sugestivas de significativos sentimentos de pertença ou identidade associados à zona particular em que habitam. Apesar de tudo, muito importantes serão, pelo menos nalguns casos, aspectos de familiaridade e suporte associados às redes de vizinhança estabelecidas, que se assemelham aos identificados no estudo citado.

•**Actividade e Ocupação do tempo:** Ainda que tenham sido poucos os casos nos quais teve especial destaque logo na inicial questão sobre QV/BE, o dia a dia, a forma como é **ocupado** e as **actividades** desenvolvidas - ou ainda, por vezes, a questão do que ainda se consegue ou do que já é difícil fazer -, acabam por emergir com relevância nos depoimentos de muitos entrevistados. Fazendo um paralelo com outras investigações internacionais, verifica-se que entre os componentes de qualidade de vida destacados na revisão de literatura de Brown e Flynn (2004) se encontram as “actividades sociais/de lazer e na comunidade”, uma tema parcialmente semelhante ao aqui encontrado e que terá sido mencionado pelos idosos de 25 dos estudos analisados. Também Borglin e colegas (2005) identificam uma área de ‘Actividades’ dos depoimentos que recolherem (e que na sua análise, juntamente com a Saúde, constitui o tema *“Satisfied body and mind”*, um dos 4 centrais na qualidade de vida). As pessoas que no estudo português salientaram esta temática a propósito da QV/BE, ao acentuar a sua procura (activa) de formas relevantes de ocupar o tempo, parecem aproximar-se das dimensões destacadas por esses autores e que remetem para aspectos como dar sentido ao dia, apreciar a vida e a participação.

No entanto, como se aprofundou na análise do conjunto dos depoimentos obtido, os entrevistados em geral revelam também outras facetas, outro tipo de actividades - e outras posturas - a propósito da

ocupação do seu quotidiano, que englobarão, julga-se, mais vertentes para além dessa. De sublinhar em especial, a importância que parecem assumir por vezes as simples tarefas domésticas/diárias. Para além de possivelmente reflectirem interesses e hábitos de ocupação distintos (e talvez ainda diferentes níveis de capacidade funcional), estas referências sobre fazer “as *minhas coisas (ainda)*” apresentam-se por vezes como sugestivas de um sentido mais básico do valor de se manter activo⁴⁴ e, talvez, do que ainda se pode, ou já não se consegue, ou se tornou mais difícil fazer. Esse vertente do discurso, que aqui se enquadrou na temática de ocupação, parece então remeter adicionalmente para uma outra área identificada por Borglin *et al.* - “valores de vida” - incluindo subtemas como a “aceitação e ajustamento”, por exemplo, das novas limitações de funcionalidade.

Godfrey *et al.* (2004) na discussão que fazem da “experiência da vida diária” dos idosos abrangidos no seu estudo, identificam vários padrões na organização do quotidiano. Não permitindo os dados da presente pesquisa tal definição de padrões, sugerem porém, como no estudo britânico, “*a picture of diversity, continuity and change*” (p. 135), que invalida a pretensão de apontar uma “fórmula” única para um estilo de vida de “envelhecimento bem-sucedido”, ao mesmo tempo que sugere existirem aspectos em geral importantes para o bem-estar. Que, no caso, poderão ser sobretudo a capacidade e oportunidade de se manter ocupado e de (continuar a) realizar tarefas e actividades por si valorizadas.

Os depoimentos recolhidos referem inúmeras actividades ou ocupações, dentro e fora de casa, solitárias ou sociais: das lides domésticas, lavoures e televisão, às idas ao café, bailes, jardinagem, passeios a pé, desporto, leitura, internet, aulas ou voluntariado. Para as escolhas diferentes que as diferentes pessoas fazem, contribui certamente a influência conjugada de uma multiplicidade de factores (não mais que sugeridos pelo presente estudo), incluindo as capacidades funcionais que retêm, os seus interesses e apetências pessoais e provavelmente o património educativo, experiência de vida e hábitos anteriores. Mas também sem dúvida, a sua capacidade económica e o tipo de oportunidades proporcionadas no meio onde vivem. E se alguns salientam que estas últimas são, inquestionavelmente, cada vez mais - há uns anos atrás a participação em algumas delas era não só impraticável como impensável... - não serão ainda suficientes e adequadas a todos os gostos e necessidades.

Uma referência ainda para as concepções e expectativas associadas à **idade** - ainda que detectando-se também aí (serão aliás fenómenos associados...) sinais de mudança, os dados recolhidos indiciam com frequência visões marcadamente negativas e fatalistas do envelhecimento. Tais perspectivas (em geral social e culturalmente sustentadas), são relevantes à luz dos diversos efeitos prejudiciais que a investigação tem atribuído ao *ageism*/ preconceito etário (cf., Cap. 2) - e que as entrevistas parcialmente ilustram, ao nível interno, em aspectos como a baixa auto-estima, ausência de expectativas positivas e acréscimo de preocupações face ao futuro a que se associa.

Um outro aspecto a merecer referência são as várias alusões à **morte** - uma vezes veladas e outras directas - que vão surgindo ao longo das entrevistas. A inclusão da faceta “morte e morrer” entre as seis do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS especificamente desenvolvido para/junto da população idosa (WHOQOL-OLD)⁴⁵ é uma das muitas confirmações da importância que a temática pode assumir nesta fase da vida - nomeadamente associada como, exemplificam alguns depoimentos, a preocupações/ medos sobre a forma como poderá ocorrer o processo de morrer (mais, porventura, do que com o fim da vida em si).

⁴⁴ Como se verá (C2), para alguns, com um papel central na sua concepção de saúde.

⁴⁵ A metodologia de desenvolvimento deste módulo da WHOQOL, envolvendo, através de *focus groups*, idosos (bem como prestadores de cuidados e outros profissionais) de 22 países, na selecção das temáticas contempladas, assegura a relevância destas na perspectiva da própria população idosa (Power *et al.*, 2005).

C.1.5. E síntese...

O estudo efectuado, à semelhança de outros, indicia uma assinalável **relevância da saúde** na percepção das pessoas sobre o que contribui para que tenham ou não “uma vida boa”. Mas revela também como tal importância não só não terá que ser universal ou predominante, como, sobretudo, se tenderá a manifestar **enquadrada no contexto de vida** e em geral **associada a outras dimensões** da existência também valorizadas. Relacionamentos interpessoais, intra e extra-familiares, condições económicas e materiais de subsistência, espaço de vida/habitação, ocupação do tempo/actividade são alguns dos domínios que se destacam nos depoimentos obtidos, tal como na investigação internacional. Reforça-se pois a importância de os endereçar directamente numa política integrada de saúde e bem estar, já que, para além de serem atestados pela literatura científica como, em si mesmos, determinantes da saúde, mostram-se também centrais para as preocupações e interesses das pessoas e a forma como elas concebem o seu BE.

Para lá da discussão mais genérica dos domínios principais de QV/BE, os testemunhos são **suggestivos** de uma diversidade de circunstâncias, características e eventos específicos que podem constituir quer problemas e factores negativos, quer áreas positivas, recursos e estratégias (cf. Anexo 4 - Tópicos) - outras tantas vertentes a contemplar na definição de medidas e políticas para esta população.

Os resultados exemplificam e sublinham por outro lado, claramente, dois pressupostos essenciais da literatura gerontológica: a **complexidade** e marcada **heterogeneidade** das situações e seus significados. Mas permitem igualmente antever possíveis elementos comuns. Alguns desses aspectos, mais facilmente passíveis de corroboração quantitativa, serão retomados para uma caracterização/análise complementar noutro ponto - o “Perfil de Saúde” da população idosa portuguesa (Cap. 5).

Um outro pressuposto teórico que, de uma forma global, os dados parecem suportar é a visão desta etapa da vida como um **balanço** de aspectos positivos e negativos em que as próprias pessoas assumem um papel pró-activo (ver, por exemplo, o conceito de envelhecimento bem-sucedido, de Baltes e Baltes, 1990 e outros – Cap. 2-A). Mais concretamente, os depoimentos ilustram a forma como, mesmo quando falam de problemas, as pessoas tendem espontaneamente a referir também algumas soluções, mesmo que parciais, e/ou outros factores que contrabalançam a situação no conjunto da sua vida. Ou seja - com uma excepção mais evidente (E3) - os entrevistados parecem, de forma geral, procurar eles próprios equilibrar/compensar em parte situações negativas, senão na realidade “objectiva”, pelo menos na atitude e/ou narrativa da sua vida. Assim, ainda que as “queixas” tenham lugar - e mesmo até quando o balanço de satisfação global não é favorável, como sucede em várias entrevistas -, a narrativa dos indivíduos sobre a sua vida e o seu bem estar não se identifica com um discurso (totalmente) deficitário. O que reforça a ideia de que a intervenção, não deixando de reconhecer e atender às - muitas! - dificuldades específicas que possam existir, não deverá centrar-se só nestas, subvalorizando as potencialidades e recursos existentes e negligenciando a necessidade de salvaguardar/promover uma identidade pessoal/ social positiva.

C.2. Conceito de Saúde. Avaliação, Definições, Determinantes da Saúde

C.2.1. As perguntas

As perguntas de exploração do conceito de saúde constituíam o conjunto central de questões da entrevista (cf. Guião – Anexo 3), seguindo-se em geral às relativas à QV/BE e envelhecimento e antes do questionamento focando sugestões de actuação, serviços, etc.

Não sendo rígida, como se referiu, a ordem prevista no guião, as perguntas especificando potenciais determinantes da saúde [16], foram sempre apresentadas após a exploração do tema pelas perguntas mais abertas, de modo a não influenciar indevidamente os entrevistados.

C.2.2. A análise

A interrogação de fundo subjacente a esta componente do estudo é a exploração da concepção de saúde de pessoas idosas, mais concretamente em termos de:

- natureza das definições de saúde (nomeadamente dimensões de saúde valorizadas e critérios de auto-avaliação da saúde adoptados);
- explicações causais para a saúde/doença (incluindo exploração de factores de risco e potencialidades percebidas no contexto concreto de vida).

A apresentação dos resultados estrutura-se da seguinte forma: (1) Auto-avaliação da saúde; (2) Definições de saúde; (3) Determinantes de saúde percebidos.

C.2.3. As respostas

Aspectos genéricos. Observou-se significativa variabilidade no modo como os entrevistados interpretaram as questões nesta componente da entrevista, e, com alguma frequência, os elementos mais relevantes para um dado tema surgiam em resposta a outra questão que não o focava directamente. Em consequência, a exploração dos vários subtemas acabou por assentar na análise do conjunto dos depoimentos, mais do que nas respostas às perguntas específicas para tal inicialmente previstas (cf. C2.1).

2.3.1. Auto-avaliação da Saúde

Mais ou menos, até à data está mais ou menos. Boa, boa, boa, boa não estou nem posso estar, mas...

Como é que os entrevistados avaliam, na globalidade, a sua situação/ estado de saúde? Para além das respostas directas às duas questões do guião visando elicitar uma auto-avaliação global da sua situação de saúde⁴⁶, os entrevistados frequentemente expressaram de forma espontânea, noutros pontos da entrevista, juízos avaliativos quanto ao seu estado de saúde, que serão igualmente relevantes para a análise deste tópico.

A primeira e mais óbvia constatação relativa a este tema é a grande dificuldade em obter uma resposta directa às questões em termos das hipóteses de resposta padronizadas. É provável que tal se explique em parte por razões do foro metodológico⁴⁷. Mas os próprios conteúdos dos depoimentos sugerem que tal

⁴⁶ Uma [S5] recorrendo à habitual escala de 5 níveis (“Muito Bom” a “Muito mau”) e outra [S2] em termos da mais simples dicotomia “saudável-não saudável” (cf. Anexo 3 -Guião).

⁴⁷ Sendo que a principal preocupação na entrevista foi incentivar respostas abertas e livres, uma vez estabelecida esta expectativa é provável que os entrevistados não interpretem as hipóteses de respostas fornecidas como uma “escolha

“evasão” ao uso, na resposta, dos graus de classificação propostos - em especial na questão [S5] - reflectirá também uma dificuldade intrínseca dos entrevistados em subsumir os seus pensamentos nesta matéria a esse tipo de escala. Não que pareça que a formulação de juízos apreciativos sobre a sua própria saúde (e (in)capacidade) seja, em si mesma, uma actividade “estranha” ao modo de funcionamento dos entrevistados: a relativa abundância de elocuções espontâneas dessa natureza ao longo das entrevistas sugere o contrário. A eventual fonte de dificuldade/ artificialidade neste tipo de questão poderá, sim, estar ligada ao carácter unívoco e “definitivo” do juízo pedido.

De facto, o que será talvez a segunda constatação de fundo resultante da análise das respostas, é o que parece uma generalizada tendência dos entrevistados para fazer avaliações senão contraditórias, pelo menos complexas/ambivalentes - aspecto que adiante se retomará.

• Que avaliação é feita?

Importará antes do mais analisar os *conteúdos* substantivos das auto-avaliações de saúde dos entrevistados.

• Isolando aquilo que nas respostas obtidas mais se aproxima de uma classificação de grau, nas 7 entrevistas em que a *questão do estado de saúde* -[S5] foi colocada e respondida verifica-se que o único “grau” da escala escolhido foi o “razoável” (4 respostas) - e mesmo assim com qualificativos/*nuances*... Assim, duas das respostas são do tipo “razoável - muito mal não posso dizer” (E01, E02), outra acrescenta tratar-se de uma avaliação “*optimista*” (E11) e, talvez a mais positiva das apreciações obtidas, é “*bastante razoável*” - “*para a idade*” (E7). Das outras apreciações, duas, embora não adoptando a terminologia proposta, não se afastam muito destas: uma que será equivalente ao “razoável” mas optando pela expressão “*assim-assim*” (E2) e outra talvez mais favorável, mas mesmo assim ambígua (*Bom, bom, bom os nervos não deixam* - E9); surgiu finalmente uma posição mais tendente para o pólo negativo, ainda que indirecta (*Bem... há quem esteja ainda pior do que eu* - E6). É de sublinhar que esta pergunta não foi feita nos dois casos em que outros pontos da entrevista haviam revelado já uma avaliação - e situação objectiva - de saúde mais enfaticamente negativa (E3 e E10), pelo que as respostas negativas estarão “sub-representadas”. Será de reter, em todo o caso, o favorecimento da tendência central/posição intermédia nos entrevistados a quem a questão foi posta – mas que parece mesmo assim insuficiente para assegurar o “não comprometimento” que, dir-se-ia especulativamente, aparentam querer salvaguardar...

• Considerando as respostas à questão sobre se a pessoa se considera no conjunto *saudável ou não saudável*, em 12 entrevistas:

- 4 enquadram-se sem grande margem de incerteza na categoria “saudáveis” (E1, E5, E7 e E01);
- 3 consideram-se como “não saudáveis” (E3, E10, E02);
- 3 outras, embora menos directas, apontarão também para um “não” (E6, E8, E13: “*Acho que já não... Mesmo a idade - tudo aparece*”), havendo em contrapartida 2 outras que poderão indiciar uma avaliação de pendor positivo (E2, E9)
- e uma última resposta em que não foi possível discernir tendência segura (E11).

Portanto, embora esta questão, solicitando uma classificação dicotómica mais ampla, consiga elicitar alguns posicionamentos mais claros e taxativos dos entrevistados, revela mesmo assim significativas dificuldades de vários deles em se cingirem às categorias propostas.

Interessante é ainda notar, confrontando estas respostas com as que as mesmas pessoas deram à questão [S5], que as respostas de um estado de saúde “razoável” incluem tanto casos de auto-avaliação “saudável” (E7, E01) como de “não saudável” (E02).

obrigatória” e sim como incentivos à exploração do tema, tal como acontecia com as restantes questões - preferindo o entrevistador não forçar a “resposta fechada” pelo risco que tal implicaria para a alteração dessas mesmas expectativas. Por igual razão não se recorreu também, como é uso em inquéritos, a suporte escrito com as alternativas de resposta.

• Como é fundamentada a avaliação?

Mais rica e significativa será então a análise das *justificações e demais observações* que acompanharam, muitas vezes sem necessidade de inquirição adicional, estas duas questões. Esses comentários dos entrevistados - assim como outros que neste âmbito foram surgindo ao longo dos depoimentos - parecem apontar nitidamente, como já se referiu, para a complexidade intrínseca a este domínio e aos processos de avaliação que lhe estão associados. Hipotetiza-se ainda que poderão ser sugestivos de uma ambiguidade - talvez “estratégica” - nas apreciações formuladas. Detalhando alguns dos aspectos detectados no material obtido que dão corpo a tais hipóteses, vale a pena salientar os seguintes:

Avaliar a saúde envolve...

...uma diversidade de dimensões

Os entrevistados fundamentam as suas apreciações de saúde com base em factores de natureza/tipo diferente.

A mais frequente justificação remete para a presença/ausência de doenças. No entanto, a própria “doença” não aparece, em geral, como uma entidade simples ou uniforme, já que em vários casos é acompanhada de qualificativos que sugerem diferenciações de “subtipos”. Para além da distinção entre doenças do foro físico e psíquico (ex. E9: “*bom, bom os nervos não deixam*” mas também “*Mas doente, doente, doente... acho que não. Doenças físicas*”), surgem também outras que remetem mais ou menos explicitamente para uma hierarquia de “gravidade”⁴⁸ (e.g., “*nunca tive felizmente doença nenhuma grave*” - E01; “*pequenas coisinhas*” - E11). Os próprios critérios em que assenta a diferenciação e gradação dos tipos de doenças/problemas de saúde parecem ser de natureza múltipla e, porventura, fortemente idiossincrática (e.g.: “*grave - como doença dos pulmões, ou como doença () do estômago*” - E01) - como adiante se retomará. Algumas respostas (E1, E11; E01; E13) referem-se não a “doenças”, mas mais a sintomatologia - por exemplo:

Eu agora não me dói os intestinos, não me dói o coração, não me dói nada (riso) – as pernas é que são mandrionas (E1)

Tais respostas sugerem a frequência da presença da dor no quotidiano das pessoas, parecendo detectar-se uma tendência em alguns dos entrevistados, para desvalorizar/menorizar a sua importância relativa, sem deixar de assinalar a sua existência - por exemplo:

Estas dores que dão aqui, aos velhos (E9);

Porque um indivíduo não vai desistir porque ... tem uma dor de cabeça” (E11).

Este tipo de dimensão aponta já para o plano mais amplo da funcionalidade/ incapacidade. Diversas afirmações põem em destaque um critério valorizado por vários entrevistados na apreciação do seu estado de saúde - as actividades que se podem e já não podem desempenhar:

Posso-me mexer, posso fazer a minha vida (E02);

Enquanto eu for me lavando e isso ainda é uma grande coisa (E10).

A situação de E3 constitui também, de algum modo, uma ilustração pela negativa: transparecendo do todo da entrevista uma auto-apreciação da situação muito negativa, as principais verbalizações encontradas neste plano remetem sobretudo para o foro da funcionalidade:

eu não posso mais nada [...] já não tenho cabeça para raciocinar (choro) [...] tenho ficado diminuída

A propósito dos aspectos destacados para a qualidade de vida, havia-se apontado também a importância patente em várias entrevistas de não “*ficar numa cama*” (E1, E2, E9, E01); noutras é sublinhada ainda a vertente mental - “*conseguir discernir a sua vida*” (E7; E10) - aspectos que poderão reenviar também para uma “hierarquia” de funcionalidade/incapacidade, a retomar na discussão do conceito de saúde.

Se esse tipo de critérios se afasta já de uma noção estrita de saúde, sendo a situação avaliada em termos das consequências manifestas na vida do indivíduo, algumas respostas vão ainda mais longe fazendo apelo, na apreciação, a aspectos que transcendem o domínio habitual da saúde/ funcionalidade:

[nos dias melhores] ‘Ah, a vida vale a pena vivê-la’ - mesmo até independente dos problemas que (se) possa ter - E11;

⁴⁸ Esta questão de uma “hierarquia de doenças” é aprofundada no âmbito da exploração do *conceito de saúde* e do confronto entre a situação “objectiva” e a avaliação subjectiva do estado de saúde.

Tenho algumas () maleitazinhas () Mas não me deixo () tento! não me deixar vencer por elas - E01;

[Pouco] saudável - mas com coragem! - E10.

Poderá estar subjacente a este tipo de respostas uma ideia comum: a de que não interessa só avaliar a saúde em si mesma, mas também a forma como cada um consegue viver/lidar com sua situação⁴⁹.

...diversos pontos de vista

Um eventual elemento de complexidade adicional da avaliação de saúde é a possibilidade de existirem diversos pontos de vista /"autoridades" com opinião (nem sempre coincidente) sobre a matéria. Este aspecto não é mais do que indiciado por algumas respostas, que remetem para juízos de terceiros, em especial os profissionais de saúde, mas não só. Assim responde E9 à pergunta se se considera ou não saudável:

Sei lá!, pois vou ao médico, ele ausculta, éêê... "Não tem nada". Vou fazer análises, estão boas. Eu não sei sugerindo a necessidade de ter em linha de conta a avaliação feita por outrem - sem que ela seja seguramente subscrita pelo próprio⁵⁰. Já quando a avaliação se coloca no plano da funcionalidade, as opiniões a considerar poderão ser também outras:

Eu não presto para nada - mas... elas [amigas] dizem-me assim "Presta, presta! presta!" Maneira que... - E2

Este mecanismo de considerar a perspectiva de outros pode estar presente ainda numa outra forma:

Se outra pessoa no meu lugar tivesse isto, metia-se na cama, não fazia nada - E01.

... uma dimensão temporal

Em certos casos uma fonte de ambiguidade adicional poderá estar ligada ao carácter de "impermanência" do estado de saúde, que sobressai em algumas entrevistas, manifesta de duas formas. Uma que aponta variabilidade diária da situação:

Um dia melhor e outros dias pior (E11); Costumo dizer: Agora não me dói [...] (E1);

outro para a incerteza quanto ao futuro:

Até à data está mais ou menos [...] Enquanto eu puder [...] - E2.

Mas, sublinhe-se, este mecanismo não é universal⁵¹. Muito pelo contrário, outros entrevistados parecem basear a sua avaliação de saúde (pelo menos na oposição "saudável-não saudável") numa perspectiva de continuidade: por exemplo dois entrevistados afirmam-se saudáveis porque "*nunca tive uma doença (grave)*" (E5, E02). Ainda que de outro modo, estes dois casos vêm também reforçar a hipótese da importância da perspectiva temporal no grau certeza/incerteza posto pelos entrevistados na apreciação de saúde. Assim como vários outros casos em que, no pólo oposto, é uma avaliação desfavorável que é acompanhada por expressões que indiciam uma alteração/perda que se afigura irrecuperável - ou seja, afinal, um outro tipo de permanência/continuidade:

Eu tenho estes trabalhos há 48 anos" (E8); Acho que agora talvez já não me cure das doenças que tenho (E6);

(Estado de saúde não é bom) não é já nunca! (E10); Eu já não posso [...] eu já não tenho (...etc. ...) (E3).

Assim, em síntese, parece haver uma tendência para incorporar uma dimensão temporal na avaliação:

- uma percepção de variabilidade quase diária é acentuada por alguns entrevistados, ao passo que para outros sobressai a incerteza quanto ao futuro; tal instabilidade parece tender a associar-se a avaliações de saúde tendencialmente positivas mas não de sentido muito claro;
- uma percepção centrada na continuidade (positiva) com o passado tende a estar ligada a apreciação mais seguramente positivas;
- uma perspectiva que veicula a continuidade negativa (de situação vista como já de longa data e/ou irrecuperável) surge tendencialmente associada às avaliações negativas.

⁴⁹ Também este tema será retomado e aprofundado noutro local, incorporando na análise elementos encontrados noutros pontos das entrevistas

⁵⁰ Outros porém assumirão como seu/identificar-se-ão com o diagnóstico médico - "*Pois a saúde () Eu... aquilo ficou escrito. Pois, eu tenho o Síndrome [...]" (E8)*

⁵¹ Note-se que se considerou aqui o que parece ser o sentido dominante da perspectiva temporal associada especificamente às avaliações globais de saúde dos entrevistados. No entanto, a presença da incerteza quanto ao futuro no que concerne à saúde de modo mais geral, está patente em quase todas as entrevistas. Isso mesmo é ilustrado, por exemplo, pelo frequente uso da palavra "enquanto" ligada a esta temática (em expressões como "*por enquanto*" ou "*enquanto eu puder...*"); mas há também verbalizações explícitas: "*Eu sei lá o dia de amanhã como é que ele há-de ser! Pois eu graças a Deus ainda vou me levantando de manhã, ainda me lavo, ainda [...]" - E10.*

...e outros termos de comparação

No processo de avaliação há ainda recurso a termos de referência comparativos que, nalguns casos, são explícitos, nomeadamente:

- expectativas face “à idade” (e.g., “*Bastante razoável, para a idade que tenho*” - E7);
- a situação “dos outros” (e.g., “*Há piores do que eu, também há melhores*” - E9).

A referida dimensão temporal, muitas vezes incorporada na avaliação, envolve também comparação com a situação do próprio em fases anteriores da vida - e com expectativas de como ela pode evoluir.

Fica claro, em várias respostas, que estes processos de comparação tanto são feitos “para cima” como “para baixo” - e muito frequentemente em simultâneo nos dois sentidos (como exemplificado por E9, no parágrafo anterior).

O resultado: posições intermédias e ambíguas

Seja por recurso a essa “dupla” comparação, seja contrapondo critérios/planos de avaliação de natureza e “sentido” (positivo/negativo) diferentes, seja lembrando juízos não coincidentes, ou ainda por outros processos, também na análise das justificações se parece detectar uma tendência dominante de ambivalência/ ambiguidade na apreciação da saúde - que obviamente tende a ser incompatível com uma apreciação global linear. Exemplos:

Não estou bem, mas também não estou mal. (E2)

Bem... há quem esteja ainda pior do que eu. Também sofro do coração, enfim, tenho essas coisas todas... (E6)

É razoável para ser um pouco optimista, não é? [...] (E11)

Em tendo saúde... Agora já... Mas eu estive aí muito à rasca! [...] Sinto-me bem... Só que [...] (E13)

Eu considero-me uma pessoa... saudável - nesse sentido. Não sou saudável porque [...] (E01)

Para além das circunstâncias em que esta ambivalência é directamente patente nas resposta a uma dada questão, ela tende a manifestar-se também por juízos aparentemente contraditórios em pontos diferentes da entrevista (“a saúde agora não vale nada” e “o que eu sei é que eu faço as minhas coisas ainda, pronto” - E2). De facto considerando, o conjunto das afirmações de cada entrevistado relevantes em termos de uma apreciação subjectiva de saúde/funcionalidade só dois casos parecem ser excepção a este modelo de “Sim, mas.../Não, mas...”, situando-se num pólo decididamente negativo (E3, E8).

...reflexo da complexidade – e algo mais?

A diversidade de critérios e mecanismos de avaliação utilizados pelos entrevistados parece ser uma clara manifestação da complexidade do “fenómeno saúde” tal como ele é concebido pelos indivíduos - aspecto que se continuará a aprofundar na análise das definições de saúde implícitas nos seus depoimentos.

E atendendo a essa multidimensionalidade do fenómeno e de perspectivas adoptadas na sua apreciação é naturalmente expectável que uma avaliação global tenha boas probabilidades de incluir elementos contraditórios - para mais numa fase da vida em que é quase certo haver pelo menos algumas vertentes em que a situação objectiva de saúde/funcionalidade apresentará perdas/problemas.

No entanto, a grande pregnância observada desta contradição e ambivalência, leva a pôr a hipótese de que se poder estar também em presença de uma estratégia activa (o que não significa consciente), contrabalançando argumentos, por forma a evitar um juízo global mais marcadamente positivo ou negativo. A existir uma estratégia deste tipo, os dados sugerem, em termos mais imediatos, dois hipotéticos tipos de mecanismos subjacentes.

Uma é a de que tal estratégia esteja associada a um esforço de manutenção de bem-estar - face às perdas já efectivas e/ou anunciadas, a reaproximação do equilíbrio possível passaria eventualmente por reduzir sua importância relativa e/ou revalorizar aspectos positivos. Posto de forma simplificada, confrontadas com expectativas desfavoráveis para o futuro e/ou experiências efectivas de dificuldades/sofrimento em termos de saúde, as pessoas valorizariam o bem-estar relativo, o estarem, ainda que só

nalguns aspectos, menos mal do que já estiveram /temem vir a estar. Ainda que muito genérica, esta descrição não parece incompatível com os depoimentos na sua globalidade e algumas temáticas que se apresentam pertinentes para uma estratégia desse tipo são verbalizadas, e até sublinhadas, em alguns testemunhos⁵² - sobretudo a questão do optimismo/pessimismo, referida, como se verá, por vários entrevistados, mas de forma talvez particularmente expressiva na seguinte passagem:

Temos que ser assim um bocadinho optimistas na vida. Pessimismos não!, não ajudam ninguém!, ninguém. Muitos optimismos também não, que é para a derrocada, se tiver que surgir [...] (E7)

Por outro lado, as duas únicas situações de excepção clara a uma “apreciação contrabalçada” (ambas com uma auto-avaliação de saúde manifestamente negativa e sem “atenuantes”), são também os casos em que há um diagnóstico de problemas psicológicos graves - pelo que não contradizem a hipótese dessa estratégia estar de algum modo associada ao bem-estar psicológico/saúde mental (seja qual for a direcção causal dominante nessa relação...).

Uma segunda possibilidade é a da referida ambiguidade reflectir também normas culturais e/ou outro tipo de atitudes, crenças e valores que, com boa probabilidade, se associam à auto-apreciação da saúde. Ainda que sendo escassas as pistas encontradas nas entrevistas, surgem algumas observações que deixam antever como juízos (depreciativos), e outras conotações implícitas associadas à discussão da saúde em contexto social, poderão influenciar o modo como os indivíduos se expressam numa matéria que se apresenta tão central para este grupo da população. Uma entrevistada em especial (E01) tece alguns comentários sobre as reacções “dos outros” em conversas versando a saúde - quer no sentido do descrédito com que pode ser acolhida uma auto-avaliação muito positiva:

E há até pessoas que ficam todas ofendidas porque a outra diz ‘Eu estou bem, não tenho nada’ – ‘Aquele nunca tem nada! Mas será que é verdade?’ Quer dizer, não acreditam [...];

quer no sentido oposto, de razões que podem levar a não partilhar queixas de saúde por dar azo a “bisbilhotice”:

Não quer é que os outros saibam o que é que se passa na vida delas! [porque] muitas vezes essas conversas não é para aliviar: é só para saber [...]

e porque um excesso de queixas possivelmente transmite uma imagem pouco favorável⁵³ - “...andavam sempre nhem, nhem, nhem () – que tivessem pena delas” – ideia também reforçada num outro depoimento (E9): “também há pessoas mais queixinhas do que outras”.

• **Relação entre situação “objectiva” e a avaliação subjectiva de saúde**

Ainda que não sendo viável uma análise sistemática desta questão, com os dados disponíveis, é mesmo assim possível extrair algumas reflexões do contraponto entre as expressões subjectivas de apreciação da saúde emitidas e os elementos mais descritivos que os indivíduos forneceram sobre a situação⁵⁴.

Neste plano, a primeira constatação é que, embora analisando o panorama geral se encontre naturalmente alguma relação entre avaliação subjectiva e situação “objectiva” de saúde - pelo menos na medida em que casos com número reduzido de patologias crónicas tendem a avaliar-se como saudáveis (E5, E7) e os com incapacidade acentuada⁵⁵ tendem a assumir-se como “não saudáveis” (E3, E10) - ela

⁵² Por exemplo, a exortação a viver o dia de hoje que “*amanhã logo se vê o que vai acontecer*” (E5) - bem assim como a dificuldade em fazê-lo... - expressa em vários testemunhos; discute-se também a aceitação (ou, no mínimo, a habituação) face ao que de irreparável acontece ou do se antecipa como inevitável.

⁵³ Este aspecto de um acolhimento negativo das “queixas” será também abordado noutro ponto desta análise - a propósito das suas possíveis implicações em termos das questões de controle/agency e auto-conceito.

⁵⁴ Genericamente, lembra-se que alguns casos relatam um só problema crónico, nada (E7, E11) ou pouco limitativo (E5), acumulando os restantes várias patologias, do foro psíquico e/ou físico, com diversos graus de gravidade e de consequências diversas ao nível da funcionalidade (desde inexistência de limitações significativas - E01 -, até à incapacidade de sair de casa sem apoio - E3, E10, -, passando pela necessidade de apoio na higiene pessoal - E6 -, e outras limitações variáveis - E1, E2, E8, E9, E13, E02).

⁵⁵ Saliente-se que para o “pólo negativo” desta relação, parece mais relevante considerar a situação de funcionalidade do que as patologias presentes - quer porque terá menos sentido “somar” as patologias inventariadas (dado que a lista é heterogénea, para além de possivelmente incompleta) quer porque os próprios dados tendem a sugerir que é incapacidade que mais fortemente se correlaciona com uma auto-avaliação negativa.

não é certamente directa e inequívoca, com excepções a ocorrerem em ambos os sentidos. Ou seja, mesmo considerando só a resposta à questão saudável / não saudável (dado que a questão x elicitou respostas ainda menos expressivas), ela não parece reflectir de forma linear aspectos como o número de problemas de saúde crónicos presentes, a sua gravidade (de acordo, pelo menos, com critérios facilmente discerníveis) e/ou as consequências em termos de funcionalidade, sobretudo nos casos menos “extremos”. De facto, tanto o sentido das avaliações, como comentários mais específicos dos entrevistados, sugerem uma significativa idiossincrasia aparente na avaliação global de saúde e, em especial talvez, no peso que nela assumem (vários tipos de) doenças - como poderá ser ilustrado pelo contraste dos seguintes casos:

- E1, que se considera no essencial saudável e afirma “*eu julgo que não tenho doença muito grave*”, sofreu há 9 anos um AVC que a deixou vários meses impossibilitada de andar e, ainda hoje, impedida de deslocações significativas no exterior, sendo acompanhada em consulta oncológica e tendo também diagnóstico de osteoporose (pouco ou nada enfatizado no depoimento);
- em contrapartida, E7, ainda que afirmando-se saudável, menciona espontaneamente a osteoporose logo no início da entrevista, e inúmeras outras vezes, sendo a importância que lhe atribui também revelada pelas referências aos “cuidados” que tal situação lhe exige;
- E10, com “invalidez” reconhecida por Junta Médica, desde os 54 anos, por problemas cardíacos e ósseos, tendo feito uma mastectomia e sendo acompanhada em oncologia (com biopsia recente de resultado ainda desconhecido) e tendo ainda diversos outros problemas de saúde e limitações de funcionalidade - que a impedem inclusive, desde há dois meses, de sair de casa - muito embora se considere enfaticamente não saudável e refira extensamente muitos dos problemas e intervenções médicas que sofreu, não deixa também de afirmar “*enquanto eu me for mexendo ainda posso dar graças a Deus*” e o que pede, em oração é “*que eu seja capaz de me orientar na vida*”;
- E13, quando directamente questionado diz-se não saudável (“*Acho que já não... Mesmo a idade - tudo aparece: agora todos os dias aparece coisinhas!*”), salienta as inúmeras queixas que o afectam e limitam no quotidiano e relata doenças graves e o sofrimento que lhe causaram (incluindo cancro detectado/tratado nos últimos meses e 8 cirurgias ao longo da vida); mas em contrapartida durante a entrevista faz igualmente avaliações espontâneas de saúde favoráveis - “*estando bem bom, assim como estou agora*”, “*sinto-me bem*”, “*já estou mais satisfeito*” -, sendo estas, centradas no presente, que parecem efectivamente prevalecer... apesar dos pesares.

Em todo o caso, talvez alguns factores possam contribuir para explicar esta heterogeneidade, designadamente relativos à experiência global de saúde/vida da pessoa. Assim, por exemplo, quem já teve problemas graves, com implicações visíveis - como um AVC (E1) -, ou acumula diversas patologias (p. ex., E6), tenderia a valorizar menos doenças com consequências mediatas, tipo osteoporose, do que quem só sofre dessa única patologia (como E7). Ou quem sofre significativas restrições em termos de funcionalidade (veja-se E10) poderá tender não só a valorizar mais a funcionalidade do que as doenças *per se*, sejam ou não graves, como ainda a “rever” a hierarquização da própria funcionalidade - passando então a dar graças por “*ainda se levantar*” e a aspirar a continuar a ser “*capaz de se orientar na vida*”. E quem já experimentou situações graves das quais recuperou significativamente (como E1, que perdeu a mobilidade com o AVC, ou E11 e E13 que tiveram cancro), poderá mais facilmente tender para uma avaliação centrada no presente (“*agora não me dói*”) do que quem não passou por essa experiência. Por outro lado, um problema mais antigo, com o qual se vive há mais tempo, poderá por isso perder pregnância, tendo menos impacto relativo do que uma situação recente - como descreve E01:

Sofro de enxaquecas desde os 12 anos, mas para mim isso já é... como eu costumo dizer: ‘Já como com pão’ [...] não passo um dia inteiro sem me doer a cabeça, mas são coisas que uma pessoa () já convive com [isso]

Outra observação, suscitada pelo confronto entre as apreciações subjectivas e os dados clínicos relatados, prende-se com o peso que parecem tender a assumir as perturbações de ordem psíquica - e designadamente as (encontradas na amostra) de tipo depressivo e/ou ansioso - na auto-avaliação de saúde. De facto, em dois dos casos as entrevistadas afirmam mesmo: “*as minhas doenças tem sido os nervos*” (E9) e “*[ter saúde] era não ter os trabalhos que tenho na minha cabecinha!*” (E8) - embora, no

primeiro caso a inquirição tenha revelado adicionalmente diabetes, hipertensão e reumatismo/artroses e, no segundo, um “*bloqueio no coração*” há 8/9anos, problemas na visão e na mobilidade (comuns também a E9). Esta hipótese de que perturbações depressivas e/ou ansiosas tendam a assumir especial importância subjectiva, de forma porventura até mais consistente que problemas de ordem física, não é contrariada pelos dois outros casos em que estará presente uma situação de depressão (declarada em E3, possível em E02), também eles com uma auto-avaliação de “não saudável”. Esta última entrevista, em particular, ilustra bem, por outro lado, a complexidade de relações causais nesta questão uma vez que, em acréscimo às hipóteses de associações já enunciadas, há indicação de que a eventual depressão poderá ela própria ser aqui, pelo menos em parte, reacção a um diagnóstico de doença/limitação.

Finalmente, assinala-se que, na amostra entrevistada, os mais novos (abaixo dos 80) tendem também a ser os que se consideram saudáveis. É provável que seja a co-variação de estado de saúde objectivo o factor mais relevante nesta aparente associação - e não a idade, em si mesma, a constituir variável explicativa de diferenças na auto-avaliação. Será em todo o caso interessante notar que há quem a aponte directamente como justificativo (E13)!..

2.3.2. Definições de Saúde

“Ter saúde é a pessoa que não tenha doenças” “Tendo saúde eu pulava e saltava aí para todo o lado”

Definir o conceito mostrou-se difícil para a generalidade dos entrevistados, verificando-se que raras vezes a questão colocada suscitou respostas fluentes, exigindo muitas vezes questões adicionais ou reformulação da pergunta. É possível que tal reflecta em parte insuficiências na própria técnica de entrevista, mas é provável também que revele o carácter efectivamente “esquivo” do próprio conceito para os indivíduos. A análise que se apresenta considera, mais uma vez, não só as respostas dadas à pergunta mais directa sobre o tema⁵⁶ como outras afirmações pertinentes que surgiram ao longo da entrevista⁵⁷.

Será em primeiro lugar de notar que “essência”, manifestações, consequências, condições/ antecedentes e juízo valorativo se confundem, nas respostas dos entrevistados à questão principal visando uma definição de saúde.

Vários entrevistados começam por responder à questão de o que é/o que significa ter saúde ou ser saudável em termos de afirmação do seu **valor**⁵⁸:

é a coisa talvez mais importante da nossa vida - E7; *ser saudável melhor é!* - E2; *é muito bom* - E6;
é o maior bem que se tem, e a maior riqueza - E1; *não sou rica, mas queria ser mais pobre e ter mais saúde* - E10.

Quanto às definições mais substantivas do conceito, o tipo de resposta mas frequente (E1, E5, E8, E01, E02) equaciona em primeira linha saúde com ausência de doença, parecendo portanto expressivo de uma perspectiva “patogénica” de saúde.

De salientar, porém que em várias destas respostas os entrevistados acrescentam um qualificativo - “*doenças graves*” (E1, E01), “*de mal*” (E5) que traduzirá de forma expressiva a noção de que nem todas as doenças têm igual peso, havendo, pois, casos em que ter doenças não é incompatível com o considerar-se saudável. Também outros pontos da entrevista e nomeadamente, como se viu, a análise feita a propósito da auto-avaliação de saúde, reforça esta ideia de que muitos indivíduos concebem uma “hierarquia” de doenças (E6, E7, E9, E11, E13). Ou seja, mesmo esta visão “patogénica” de saúde não

⁵⁶ Geralmente colocada nos seguintes termos: “Para si, o que significa ter saúde, o que é isso de ser saudável ou não saudável?” - mas, como se disse, frequentemente objecto de reformulação nas várias entrevistas.

⁵⁷ Designadamente nas justificações da auto-avaliação de saúde mas também noutras, como nas respostas que remetem para o que influencia a saúde [9], no comentário sobre o estudo [12], etc.

⁵⁸ Ver mais sobre este tópico na análise respectiva.

será em geral dicotômica, envolvendo antes um *continuum*, ou pelo menos vários tipos de doenças, em que só alguns implicam a perda de estatuto de saudável.

Os critérios para esta hierarquização não são, como já se comentou, facilmente discerníveis e é possível que sejam em boa medida idiossincráticos. Em qualquer caso, não parece ser de tomar como universal, nesta população, a coincidência dessa importância subjectiva com critérios de tipo médico, como o risco de vida envolvido - só expressamente referido num caso (problema na perna - “*Mas isso não mata!*” E5), e talvez indirectamente num outro (E6)⁵⁹. Outros parâmetros serão valorizados - como poderá ser o caso do grau de controle que o indivíduo/a sua vontade têm sobre a doença e as suas consequências na funcionalidade - por exemplo:

uma doença grave grave, mesmo que eu tivesse muita força de vontade, se ela fosse tão grave que eu não me pudesse mexer da cama, eu não podia... (E01)

Uma outra resposta - que poderá ser talvez vista como variante desta definição de saúde em termos de referência à doença -, é a que a equaciona com a necessidade de recorrer a cuidados médicos:

se for saudável não preciso de médico, não preciso de nada, (se não) tem que ser mais vigiada (E2)

Mesmo que não seja a “definição primeira”, esta alusão aos médicos ou aos medicamentos surge em diversas entrevistas associada ao conceito de saúde: como critério ou “comprovativo” do estado de saúde (e.g.: “*Nunca tive doença nenhuma, felizmente. Que eu precisasse de médicos ou medicamentos*” - E5; “*Eu não acho que seja saudável, porque tenho estes problemas () E tomo muitos medicamentos*” - E02); como “vantagem” da saúde (“*Nem se gasta dinheiro em remédios, nem se tem que andar nos médicos*” - E6); etc.

Porém, noutros casos, a saúde remete essencialmente para consequências ao nível da vida quotidiana relativas àquilo que é ou não possível ao indivíduo fazer. Ou seja, para definições que serão do domínio da **funcionalidade** e da saúde como um recurso (sobretudo aqui associado à satisfação das necessidades do dia a dia). Este é talvez o tipo de perspectiva dominante em 3 entrevistas (E9, E10, E6) - mas referências neste âmbito surgem também na maioria dos depoimentos. Implicações genéricas, valorizando a mobilidade ou associadas a noções retomadas noutros pontos da análise - como “*fazer as suas coisas*” e “*mexer-se*” ou, no extremo oposto, “*ficar numa cama*” - são das mais habituais:

Eu só peço é que eu tivesse saúde. Porque às vezes tenho medo de ficar ali numa cama (E1);

Doença daquelas de ir à cama e estar meses e meses na cama doente (E01);

Ainda faço as minhas coisas [...] Enquanto eu puder andar aí está tudo muito bem (E2);

Ter saúde é uma pessoa se poder () mexer à vontade. Deitar-se quando quer, levantar-se quando quer (E9);

Tendo saúde eu pulava e saltava aí para todo o lado (E10);

Posso-me mexer, posso fazer a minha vida (E02)

(A pessoa) sente-se capaz de dar resposta ao seu dia a dia (E7)

Sem saúde não se faz nada. (E11)

mas há também conotações mais específicas, como: “*As pessoas que têm saúde podem trabalhar*” (E6; E10).

Em todo o caso, a existir um padrão predominante, o mais frequente é mesmo que, na própria tentativa de definição de saúde ou no conjunto das afirmações feitas sobre este tema ao longo das entrevistas, os indivíduos o associem a vários, ou a todos, estes significados: doença, necessidade de cuidados, (in)capacidade. Parece assim delinear-se um conceito algo complexo, muitas vezes definido em função de um perspectiva negativa (i.e., por referência à doença ou, por exemplo, ao risco de ficar de “cama”), mas também pela positiva, sobretudo quando pensado em termos de funcionalidade (o que se pode/poderia fazer com saúde). Tais definições remetem também para um entendimento ancorado em aspectos essencialmente pragmáticos, “palpáveis”, das consequências ou manifestações da saúde ou falta dela.

⁵⁹ Aliás será de salientar, de um modo mais geral, que a associação entre o conceito de saúde e esperança de vida, embora ocorra nos depoimentos, não é nem frequente nem enfatizada.

Mais rara é uma definição de saúde envolvendo directamente a noção mais abrangente de **bem-estar**, a qual surgiu expressamente numa única instância - nas palavras de E7 (uma das entrevistadas mais escolarizada e, aliás, profissional de saúde...):

saúde, basicamente é a força da nossa vida, é o que nos pode dar bem-estar

Mas também E13 se refere, a certo ponto, à saúde como “*uma alegria*”, “*o que me ajuda*” (e no oposto, na questão de definição directa “*tenho sofrido muito*”), expressões sugestivas de uma vivência afectiva e, porventura, uma visão menos concreta/material da saúde.

Por outro lado, algumas das afirmações genéricas de “valor”, do tipo “a saúde é um bem”⁶⁰, tão frequentemente emitidas de forma espontânea pelos entrevistados, poderão talvez considerar-se como aproximações a uma componente mais imaterial e “central” do conceito. Serão, em todo o caso, indícios adicionais das suas conotações positivas.

Há igualmente só uma entrevistada - a mesma, E7 - fazendo referência explícita à **multidimensionalidade** da saúde:

Este conceito de saúde, não é só saúde física: é de saúde em todos os aspectos, é saúde mental, saúde... (E7).

A situação mais frequente parece pois ser a de implicitamente equacionar a saúde com a vertente física. Mesmo assim uma distinção de dimensões é também expressa por outra entrevistada (*saúde qué: mental ou física?* - E9) e, em vários casos, surgem menções a problemas que são do foro psíquico. Adicionalmente é de lembrar que a dimensão de capacidade cognitiva/mental, numa perspectiva de funcionalidade/incapacidade, é mesmo especialmente valorizada por duas pessoas (E7, E10).

É difícil discernir qualquer tendência forte de associação entre as variáveis demográficas/socioeconómicas ou a situação de saúde e o tipo de definição favorecido - tanto mais que, como se viu, estas são com frequência “mistas”. Em todo o caso os dados sugerem uma possível relação com a escolaridade, no sentido em que as situações de maior nível de escolaridade (duas só, acima dos 6 anos - que, para mais, coincidem com menor patologia e incapacidade...) correspondem talvez a definições mais abrangentes; em contrapartida, as pessoas com os mais baixos níveis de escolaridade pendem para definições em que dominará a funcionalidade (embora tal perspectiva não seja de todo exclusivo desse subgrupo).

2.3.3. Influências sobre a saúde - Determinantes percebidos

O material obtido das entrevistas relativamente a este tema resultou, como se referiu já, quer de questões gerais e abertas sobre a saúde e o que a influencia, quer ainda de outras, mais específicas e directivas, colocadas posteriormente, que sugeriam factores pedindo opinião sobre a sua influência. Na análise, pressupõe-se que o primeiro tipo de respostas será tendencialmente mais representativo dos conceitos causais implícitos dos indivíduos, já que o segundo poderá com mais facilidade traduzir “contaminação” pelo quadro conceptual do próprio entrevistador.

Em qualquer dos casos, é muitas vezes difícil interpretar com segurança as afirmações como remetendo para um entendimento causal, ou ainda distinguir se se referem a determinantes da saúde/doença ou, mais genericamente, a factores valorizados no quadro de vida dos entrevistados⁶¹. Uma tal indefinição na natureza das relações/explicações e na delimitação do objecto “saúde” com boa probabilidade, é em si mesma reflexo das características do quadro conceptual dos sujeitos mas, de qualquer modo, valorizaram-se na análise os segmentos das entrevistas que mais manifestamente pareciam esboçar um entendimento do que especificamente influencia a saúde.

O material obtido é extenso e não se justificará, atendendo aos objectivos da investigação, a sua exploração exaustiva - como seja a inventariação da totalidade dos determinantes esboçados pelos entrevistados, ou o

⁶⁰ Ver análise de “Valor da saúde” (C1.3.b).

⁶¹ Referimos a vida dos próprios entrevistados porque neste tema, como no conjunto das entrevistas, as respostas tendem a focar-se na experiência pessoal e não em considerações mais universais.

posicionamento dos indivíduos face a cada tipo de factor - pelo que se discutirão somente as principais categorias de determinantes encontrados e algumas linhas gerais quanto ao modo como tendem a organizar-se as concepções individuais neste domínio.

Observações introdutórias

De uma forma mais global, haverá alguns aspectos que se poderão destacar em primeira linha.

- A **heterogeneidade** é, mais uma vez, uma característica das respostas, com os vários entrevistados a reconhecerem e valorizarem diferentes tipos de factores e/ou combinações de factores. Verificou-se que mesmo a terminologia usada e o sentido que lhe é dado é assinalavelmente variável - tornando aliás difícil encontrar formulações das perguntas que fossem uniformemente entendidas por todos⁶². Mesmo assim, como de seguida se verá, parece ser possível discernir algumas tendências fortes nas entrevistas.
- A par desta heterogeneidade genérica, destaca-se um aspecto - característico, de resto, do “saber” em geral nas populações adultas, mas particularmente saliente nesta componente das entrevistas: a acentuada **idiosincrasia no tipo, profundidade (e “exactidão”) dos conhecimentos** que cada indivíduo possui. Ou seja, uma pessoa pode ter informação bastante detalhada (embora não necessariamente correcta!) sobre um factor, que porventura até nem é do domínio comum (e.g., risco de presença de mercúrio em peixes de águas profundas - E5), enquanto ignora outros factos, até talvez muito mais acessíveis/ divulgados. Também a coerência nas reflexões sobre estas matérias (tal como é, pelo menos, entendida pelo investigador/interlocutor) não constitui dado adquirido⁶³...
- Como se verá, as entrevistas, no seu conjunto, revelam reconhecimento da influência na saúde de uma **ampla gama de factores**, cobrindo muitas das categorias presentes na literatura. Nem todo o tipo de factores recebe, no entanto, o mesmo tipo de reconhecimento⁶⁴.
- A ‘**multideterminação**’ parece ser um traço comum às concepções da generalidade dos entrevistados: em maior ou menor número, e com influências directamente reconhecidas ou só implícitas, todos indicaram mais do que um tipo de factores determinantes. Simultaneamente, no entanto, em muitas das entrevistas parece possível discernir a tendência do indivíduo para favorecer um tipo de explicação “**preferencial**” - mesmo que acompanhado por menção espontânea ou assentimento face a outros factores influentes.

Reserva-se porém melhor análise dos modos como os entrevistados parecem organizar o seu entendimento dos vários factores explicativos da saúde, bem como outras observações de carácter mais global, para depois da inventariação das principais categorias de determinantes encontradas nos testemunhos.

Principais categorias de determinantes

Os entrevistados referiram espontaneamente uma diversidade de determinantes, tendo ainda reconhecido a influência de outros quando directamente inquiridos. No entanto, nem todos os determinantes que a literatura científica identifica como potencialmente relevantes para esta população são mencionados e aqueles que o foram merecem em muitos casos ênfase diferente do que lhes é aí habitualmente atribuído, ao que acrescem explicações causais leigas da saúde/doença que o conhecimento científico não apoia. Portanto, embora haja parcial coincidência entre as perspectivas manifestadas pelos entrevistados e as

⁶² Reflexo disso é que várias das questões directas sobre tipos específicos de factores potencialmente determinantes da saúde falharam em elicitar respostas recaindo universalmente sobre o mesmo tema - por exemplo, “condições do meio ambiente” tanto gerou respostas em termos de relações interpessoais, como espaço físico, como... incompreensão; outra ilustração, mais inesperada, é a do termo “preocupações”, também não interpretado por todos de igual forma.

⁶³ Por exemplo, uma entrevistada (E10) negou, em resposta a pergunta directa, a relevância da condições da casa ou do sítio onde se vive; mas afirmou também “bendita a hora em que eu mudei para aqui”, sublinhando que se os 3 degraus de entrada do R/C em que vive, são já um obstáculo, pior seria o acesso por escada ao 1º andar em que antes morou; outro entrevistado (E5) sabendo muito embora que “as terras estão envenenadas”, exalta mesmo assim as qualidades/pureza das águas dos furos.

⁶⁴ Na análise, o “grau” de importância atribuído pelo entrevistados a dado determinante foi avaliado quer em termos de ênfase e desenvolvimento da temática, quer, em especial, na tendência para esta ser espontaneamente referida ou a sua influência só reconhecida face a pergunta directa [16].

favorecidas pelos profissionais de saúde, haverá também importantes margens para “desencontros” e desentendimentos quanto ao que determina a saúde⁶⁵.

Os factores identificados na análise foram agrupados em categorias mais amplas, próximas das habitualmente usadas na literatura científica sobre determinantes da saúde. Os excertos de respostas apresentados para as principais categorias (ver *Caixas*) pretendem-se sobretudo ilustrativos, mais do que exaustivos.

A) • A primeira grande categoria de determinantes a considerar poder-se-á designar por “**Características Psicológicas e Estratégias de Coping**” e destaca-se por envolver um significativo consenso e valorização por parte de muitos dos entrevistados em torno de um tipo de factores que, para mais, pouca expressão tem na literatura científica.

Nesta categoria incluem-se vários elementos - características e estratégias - que, embora se possam distinguir, tendem a aparecer relacionados entre si no discurso dos entrevistados. Tais factores envolvem, nalguns casos, uma tal consistência (e pregnância) que leva a propô-los como eixo central de um certo padrão explicativo da saúde, a retomar na fase final desta análise (ver *Constelações*).

As características centrais neste conjunto serão porventura a “Coragem” e a “Força (de vontade)/Energia” - ideias que aparecem em cerca de metade das entrevistas (exemplos deste tema e seguintes em *Caixa*).

Tais características traduzir-se-ão na estratégia genérica de “Lutar/Reagir”⁶⁶ - dir-se-ia que o cerne desta constelação -, por vezes detalhada em termos de estratégias um pouco mais específicas que podem ser talvez vistas num *continuum* que vai do que é essencialmente do foro da acção - “Mexer/Fazer” ou “Resolver” -, ao que é sobretudo do domínio mental - “Não pensar” ou “Desanuiar/ Aliviar” -, com outras intermédias: “Ocupar/Distrair”. Uma ou outra destas estratégias aparece referida na quase totalidade das entrevistas (a excepção será E3), e em várias delas é um *leitmotif*, reaparecendo em diversos pontos do depoimento. Os factores incluídos nesta categoria tendem muitas vezes, aliás, a surgir mais como um “tema” que, no contexto, se depreende corresponder, no quadro de pensamento dos entrevistados, ao “estatuto” de determinante da saúde e não tanto a serem como tal directamente apontados nas questões mais focadas sobre esta matéria.

Estas noções encontram-se nas entrevistas não só pela positiva mas também pela negativa. É assim que, de certa forma como o oposto da Coragem, surgem várias referências ao “Pessimismo” e aos “Pensamentos ‘maus’/ preocupações/ nervos” que lhe estão associados - e que parecem aliás ser uma das principais dificuldades face às quais estas pessoas procuram “Lutar/reagir” (ou, pelo contrário, se “deixam cair”...). Esta ideia do efeito prejudicial das preocupações na saúde é também expressa por grande parte dos entrevistados - não só em reacção à pergunta específica sobre o tema (e.g., E3) mas também de forma espontânea, em questões abertas sobre o que determina a saúde - p. ex. tanto E1 como E02 comentaram a informação sobre os estudos que revelam a pior saúde percebida dos idosos portugueses como reflexo do “pessimismo”.

Exemplos:	<u>Coragem & Força (de vontade)/Energia</u>
<i>Eu tenho força de vontade para me levantar! eu na cama não quero! - E2</i>	
<i>Isso para mim acho que é muito essencial: a força de vontade. Porque se a pessoa se vai encostar àquilo que pode... valha-me Deus!, em muito pouco tempo deixa de poder na totalidade - E7</i>	
<i>Tenho tido muita coragem. E às vezes a coragem também vence certas coisas. Olá! (incluindo doenças) - E10</i>	
	<u>Lutar/Reagir</u>
<i>Sou muito lutadora; vejo que há qualquer força dentro de mim que não me deixa estar caída: ‘tens que lutar, tens que ir para a frente, tens que andar - E1;</i>	
<i>Deitar para trás das costas; ir para a frente; não se deixar abater /cair /ir; deve-se reagir sempre! - E02</i>	
<i>Às vezes a coragem também vence certas coisas. Olá! (incluindo doenças) - E10</i>	

⁶⁵ Convém contudo lembrar que o discurso das entrevistas tende a sublinhar os factores mais valorizados na situação e história de saúde concreta do próprio indivíduo e não tanto um entendimento mais universal dos processos de saúde.

⁶⁶ Se a “coragem” incentiva a “lutar”, o inverso parece ser também verdade: serão estratégias como o “Fazer” e outras que “mantêm a cabeça ocupada” que permitem manter a “Coragem” (o oposto dos “maus pensamentos”) - veja-se E1.

Resolver

Fui para casa de cadeira de rodas, sabendo que não tinha ninguém. O que é que eu fiz: [...] - E1

Porque um indivíduo não vai desistir porque tem uma dor de cabeça - vai procurar é soluções - E11

Mexer/Fazer & Ocupar, Distrair & Desanuviar/Aliviar

Parar é morrer! se uma pessoa se estiver a mexer vai escapando.[...] Aos bocadinhos faço. Vai-se sempre andando. - E2

Eu nunca estou parada, nunca, nunca - a cabeça tem que fazer, eu tenho que estar a fazer /mexer - não dou tempo aos pensamentos maus; é isso talvez que me dá muita coragem - E1

Eu acho bem as pessoas trabalharem, correrem, andarem, fazerem tudo - porque assim não pensam na vida, só pensam em trabalhar, trabalhar, trabalhar. - E6

E a vida de casa não é muito aconselhável [...] dar umas voltas () Fazer qualquer coisa! - E11

(Para melhorar a saúde) Pois é se distrair! Eu vou ali olhar à doca (mar) e parece que sinto alívio - E8

(ver o céu azul; o mar) isso desanuviava a mente, não é? - E11

Vou aqui e vou acolá - e isso ajuda-me muito e venho para casa muito aliviada, muito bem. - E02

Pessimismo / Pensamentos “maus” / preocupações/ nervos

(Os portugueses) serão mais pessimistas.[...] Tornei-me pessimista depois deste problema. [...] Qualquer coisinha me preocupa! e isso afecta-me a cabeça. - E02

As pessoas são muito nervosas, pensam muita coisa, e isso também faz mal.[...] Uma pessoa que não se distraia um pouco o stress dá cabo dela: mas mata mesmo!! Eu tenho para mim que o stress mata - com o tempo. Estar em casa, não ter convívio, não contar com pessoas algumas, e essas coisas todas. Tudo isso, dá em doença. - E5

Pessimismos nada, não vale a pena! [...] (Os trabalhos manuais) preenche-nos a mente, absorve o pensamento, para não estarmos sempre ligadas à parte negativa da vida - E7

(A doença e morte da mulher) - estas coisas é que dão cabo assim da gente, mais! Tinha morrido o meu filho. () A minha mãe [...] O pensamento também dá muito cabo da saúde da gente. - E13

Não pensar/antecipar...

O (amanhã) logo se vê () Quando acontecer tenho de pensar em resolver – (enquanto não acontece) pois eu ando [...]

(Envelhecer) Isso não penso! Nem tenho nada que pensar. ()Digo: ‘(Quando a morte vier) estamos cá - à espera’ - E5

(Para manter a saúde) É a pessoa viver a vida, sem ter muitas preocupações, e... não fazer caso - E02

Como se percebe da leitura dos excertos, embora se tenha procurado separar/agrupar exemplos destas noções, quase sempre elas são expressas de forma interligada nas entrevistas.

As referências às estratégias identificadas são muitas vezes acompanhadas de particularizações que não se justificará aqui detalhar mas que, nalguns casos, se aprofundam noutros tópicos da análise⁶⁷. Por vezes, estas estratégias interligam-se também com determinantes enquadrados noutras categorias: por exemplo, uma das formas mais citadas de “Distracção” envolve relacionamentos interpessoais e as referências ao “Desanuviar/Aliviar” surgem em especial associadas ao contacto com a natureza, remetendo portanto para factores do ambiente físico.

Surgem nas entrevistas alguns outras características individuais entendidas como factores determinantes da saúde - mas objecto só de referências muito pontuais:

Não tenho remorsos de nada, o coração é muito bom [...] Quero ser uma velhinha boa como a minha avó - E1

Há pessoas que têm um pensar muito bom, e há outras que não pensam a vida: não estudam, metem-se na droga e bebem e fumam, e só fazem asneiras - E6

De assinalar ainda que outros aspectos do foro psicológico são enunciados, por mais do que um entrevistado, como desejáveis - sem que no entanto seja estabelecida clara relação com a saúde. É em especial o caso da “aceitação/resignação”, evocado por exemplo a propósito do envelhecimento:

⁶⁷ Em especial, “Fazer”, “Ocupar” e “Distrair” traduzem-se numa série de actividades concretas - tarefas domésticas, labores e outros trabalhos manuais, convívio, leitura, aprendizagem, passeio, etc. - que são inventariadas num tópico de Ocupações (Anexo 4), por poderem constituir, a vários títulos, recurso positivo para esta população. Por razão simétrica, são também retomados nessa secção os problemas que, de forma directa e/ou por serem fonte de preocupação, constituem factores de risco para o bem-estar dos entrevistados - e que remetem para vários dos grandes temas/tópicos “substantivos” encontrados nas entrevistas, indo desde as dificuldades financeiras ao envelhecimento e morte, passando por perdas várias (de saúde, capacidades, suporte social, etc.).

Há sempre um desgaste – e não seria natural se fosse de outra maneira. Temos que aceitar que isto é assim! - E7

Eu vejo que a velhice traz muita e muita coisa. Mas recebo com resignação - E1

Uma nota se impõe, quanto ao risco de circularidade ao considerar alguns destes factores como determinantes da saúde, uma vez que podem eles próprios ser também entendidos como indicadores/resultados de saúde (mental). Assim, talvez aqui ainda mais do que noutros pontos da análise, será particularmente oportuno lembrar que até com referência a conceptualizações científicas tem sido considerado que: *“The term ‘determinants’ in this context should not suggest a causal and unidirectional association, but also refers to concomitants of health that are multi-directionally associated, including mediating and moderating aspects. It has been difficult to disentangle the two levels of identifying (a) the components of health, (b) the impact of determinants on health”* (Schmidt et al., 2005, p. 29). Nem sempre, pois, é fácil destringir causa e manifestação, aquilo que é central porque é a própria essência da saúde/ bem-estar (ou uma sua vertente especialmente saliente) ou porque é factor relevante para a reforçar, manter ou recuperar. Em certos casos está patente no discurso a ideia de que factores desta ordem psicológica/ comportamental influenciam de facto aspectos da saúde física (*“o stress mata!”* - E5), ou mental (*“vêm os nervos, vêm as depressões”* - E3) - mas noutros prevalece a ambiguidade...

Por outro lado, será relevante observar que alguns depoimentos indiciam que estes aspectos de “coragem” e “luta”, para além dos outros contributos, podem ter ainda importante papel estruturante da identidade e auto-estima. Expressa-se, por exemplo, na ideia de que são motivo de “orgulho”, associável, dir-se-ia, a uma afirmação de auto-eficácia:

Um dia a médica disse que me admirava muito pela coragem que eu tinha tido - e tive. E tenho! - E1

Até me sinto como que orgulhosa - por ter conseguido vencer (viuvez/solidão), sem ter tido que recorrer à parte médica nem nada! - E7

Este último depoimento é pois sugestivo também de mérito acrescido deste tipo de estratégia face a outras abordagens/factores que, podendo igualmente contribuir para saúde, não reforçam porém (o que se supõe ser) o sentido de auto-eficácia e controle do indivíduo sobre a situação.

Ou seja, “força”, “coragem”, “luta” - e as diversas estratégias mais específicas - dependendo do próprio indivíduo e exprimindo proactividade, - para além de determinantes (e eventuais resultados/ indicadores de saúde) - poderão ser ainda vistas como manifestações e reforço de *empowerment* pessoal (tema a retomar na secção C3).

B) • Uma outra categoria que merece abundantes referências (muitas das quais espontâneas, em resposta a questões gerais sobre o que influencia a saúde) é a que se pode designar por **“Práticas de Saúde”**.

• Domina aqui a alimentação, factor que é quase universalmente referido pelos entrevistados. Será um exemplo interessante, porque sendo dos determinantes que mais reconhecimento tem recebido - em simultâneo dos profissionais de saúde, dos media e da própria “sabedoria popular” - obtém de facto, como seria de esperar, uma consistente referência entre os entrevistados, mas que ‘oculta’ ao mesmo tempo significativa heterogeneidade de perspectivas, tanto na importância que lhe é atribuída, como no próprio entendimento da sua influência na saúde/ doença.

Para alguns a alimentação surge como questão central, em lugar de destaque por exemplo na resposta à pergunta [9] sobre o que influencia a saúde:

Às vezes abusam de tabaco, abusam de comida – há certas comidas que não devem comer - E02

ou o que se pode fazer para a manter (pergunta 10):

É comer bem, eu não como muito bem - E2; Abusei talvez muito da minha saúde..() Comia qualquer coisa! - E6

Mas para outros merece uma atenção mais marginal: por exemplo, para E7 e E11, surge como um de muitos aspectos a cuidar e em E10 (com um “reportório” de determinantes reconhecidos bem mais restrito), menções à alimentação surgem só “de passagem” e face a questão específica sobre hábitos:

Sabe o que eu tenho? () refluxo! – e uma hérnia no estômago. Ora já se sabe, que não posso comer muito, e não posso beber certas coisas - E10.

Num caso (E3) este tema não é sequer referido na entrevista.

Mas, mais ainda, os conteúdos específicos do conhecimento dos indivíduos sobre alimentação e sua influência na saúde comportam bastante diversidade. Muito frequente é volver em torno da ideia de abusos/riscos - certo tipo de alimentos (p. ex., doces, gorduras) ou o excesso de consumo são danosos para a saúde -, com mais raras referência a alimentos numa perspectiva benéfica (p. ex., as saladas ou o peixe). Por outro lado, se alguns parecem reconhecer que a alimentação é “universalmente” importante (p. ex.: “*Comia qualquer coisa!* (quando era mais nova)” - E6), há quem pareça valorizar a necessidade de cuidados só em situação de doença (p. ex. para E5: “*eu como tudo, ainda não sei o que é que o meu estômago rejeita!*” - enquanto a mulher, diabética, é que, sim, precisa de informação sobre alimentação)

Por outro lado, há uma entrevista que dá especial ênfase, no papel da alimentação, à questão dos riscos de qualidade/segurança alimentar:

As comidas estão todas envenenadas, praticamente. [...] E então é isso que mata a pessoa: lentamente [...] Olhe, mais saudável, é comer mais peixe do que carne! Mas até o peixe é preciso saber qual é o peixe. - E5

Note-se que, curiosamente, este tipo mais específico de informação/preocupação, embora circunscrito entre os entrevistados, não parece necessariamente associado aos níveis de escolaridade - baixos quer em E5, quer em E6 (que enaltece os alimentos “do campo” - também “*porque aqui é tudo à base de amónio e lá não*”), mas não em E11 (o qual se manifesta alerta para problemas decorrentes do maior processamento dos alimentos).

Será também a alimentação que talvez mais comentários evoca quanto a factores diversos que podem afectar as práticas (de saúde) efectivas das pessoas. A relevância das circunstâncias económicas para os hábitos alimentares é, em especial, assinalada por vários entrevistados - não só nas situações, mais gravosas, de pobreza:

Então não têm (influência na saúde, a pobreza)?! Uma pessoa não tem para comer ou isso - E2

Os pobres [...], têm os comeres que não são tão bons, coitados. Pessoas de idade que não têm dinheiro hoje para comprar um peixinho bom para cozerem, têm que comer uma coisa qualquer - E1

mas também, na vida dos próprios entrevistados:

O que lhe digo é que passei, sei lá - anos sem comer carne, nem fruta. Tudo para ter para os meninos. () Eu fome não passei, mas comia outras coisas - E9;

(Falando sobre o seu rendimento e despesas inevitáveis) Todos os dias tens que comer jantar, se quiseres comer jantar; ou então bebes o leite - mas também custa dinheiro - E1;

Não posso comprar um peixe capaz, tem que ser tudo do mais barato [...] A minha mulher todos os dias: ‘estou aborrecida’, ‘Eu não sei o que coma, eu não sei o que faça’() É tudo por falta. [...] Pois se ela (que é diabética) pudesse comer tudo era uma panela de grão com massa, pronto, já estávamos governados. Assim não pode, tem de comer outras coisas. E tudo essas coisas são caras - E5

Assim, para este último entrevistado e sua mulher, devido às dificuldades económicas, a alimentação parece que acaba mesmo por se tornar uma das principais fontes de preocupação e, logo, de perda de bem-estar e saúde...

Há referências interessantes, embora mais pontuais, a outros factores que podem influenciar as práticas alimentares . A informação é sem dúvida importante:

A alimentação: porque leio o suficiente sobre o assunto - E11

e parece ser até já bastante frequente/acessível, pelo menos para os diabéticos:

eu tenho ali uma lista disso... o que é que não hei-de comer e o que é que hei-de comer - E9;

a alimentação, a minha mulher tem () um médico da comida, vá - E5

Mas apontam-se também outros factores – prioridades distintas, circunstâncias externas menos favoráveis, etc.:

Agora já levo [mais cuidado com a alimentação], dantes não levava, não ligava () Sei lá – porque assim seria mais rápido, para eu trabalhar mais outra vez. [...] Agora estou mais dentro do assunto, já tenho mais cuidado, que tenho muito medo! - E6

Elas podem (influenciar a própria saúde) – se elas quiserem, podem. Só que a maior parte se calhar não quer! (riso) Quer comer aquelas boas feijoadas () e essa coisa toda! Que uma pessoa gosta muito - E02

Os supermercados já têm lá o xarém à venda () já tem a farinha de milho, já tem [vários tipos de] pão - (mas não tanta diversidade, nem com tanta informação sobre a composição como no país onde vivia) - E11

Ou seja, claramente, na perspectiva - e no quadro concreto de vida - da quase totalidade dos entrevistados a alimentação é um aspecto que merece atenção, embora o nível - e correcção - da informação sobre esta matéria seja bastante variável, e factores como a reduzida capacidade económica possam limitar hábitos alimentares mais saudáveis e, até, transformar a alimentação em fonte de “stress” para alguns.

- O exercício físico é outra prática de saúde também referida por muitos entrevistados, por vezes explicitamente como forma de contribuir para a saúde:

(O que faz para manter a saúde) É andar um bocadinho e... mexer os pés ali numa bicicleta () a pedalar. Já não posso fazer mais nada - E3

Natação por acaso é uma das coisas indicadas para a minha doença, e é uma medicação que me agrada muito.

Ainda bem, porque senão era difícil [...] Também faço todos os dias uma marchazinha. Foi mesmo conselho médico – e eu sinto-me bem com ela. - E7

Faço exercício todos os dias, antes de me deitar - E11

enquanto que noutros casos é simplesmente mencionada a sua prática actual (E02: Tai Chi) ou passada (E9, E2, E8, E01). Note-se que alguns avançam como explicação para o abandono dessas actividades motivos de saúde (E2, E01) ou financeiros (E8).

É de sublinhar ainda que também relativamente à questão do exercício físico, há quem espontaneamente saliente como as circunstâncias externas - hoje mais favoráveis -, são importantes para facilitar essa prática:

[Actualmente] há mais cuidado em passear, em andar, em fazer marchas. [...] há coisas agora que dantes não se faziam! [...] Era trabalhar em casa, tratar dos filhos e estar empregada () e nada de... de passear ou de ir dar uma marcha ou fazer isto ou fazer aquilo. [...] Tem mais informação () E é toda a gente a avisar - E01

Temos muitas hipóteses, que não tínhamos! Onde é que uma pessoa tinha a possibilidade, uma pessoa nesta idade, de poder pensar em fazer exercício físico? - E7;

Havia de haver mais assim ginástica, talvez, para os velhotes - E1

- Outras práticas são referidas, embora de modo menos generalizado, como determinantes da saúde. O álcool e/ou tabaco e/ou droga são, mesmo assim mencionadas por vários entrevistados (E10, E6, E3, E01, E5, E02, E11) como hábitos prejudiciais - mas neste caso nunca do próprio:

Não fumo, não bebo, de maneira que... (não sofre de problemas como hipertensão) - E11;
só de outras pessoas: *Alguns que bebem e que fumam - E3.*

Referências mais dispersas vão ainda para aspectos como: a higiene (E1, E6); vitaminas (E11), chás (E13, E10) ou outros tratamentos caseiros (E8, E13), bem como o “resguardo” ou demais precauções adequadas a doenças específicas (E5, E01, E10); cuidado com o sol ou o frio (E13), as quedas (E7); os acidentes de viação (E6); e a ideia mais genérica de um modo de vida “(des)regrado” (E01), “razoável” (E02).

C) • Outra categoria de factores que se encontra também amplamente representada nas respostas é a dos Cuidados de Saúde.

Estes são apontados como determinante de peso por vários entrevistados, que os nomeiam espontaneamente em questões abertas (E5, E6, E11, E2, E3). Em dois casos, o destacar deste tipo de factor remete para aspectos ao nível mais amplo do sistema de cuidados saúde:

(Comentando estudos sobre a pior saúde percebida em Portugal): Talvez tenham mais assistência médica lá (no resto da Europa). Talvez tenham médicos mais qualificados - E11

Ah, poder podem (influenciar a saúde): (fazer com que os) remédios sejam mais baratos, só se for isso - E3

Mas o mais frequente é as referências, no conjunto das entrevistas, cingirem-se à sua experiência pessoal e à face mais visível e imediata do sistema: o papel dos médicos (e pontualmente outros prestadores de cuidados em saúde) e dos exames e tratamentos - sobretudo medicação - que prescrevem⁶⁸.

Outros entrevistados, que não salientaram factores deste âmbito nas questões abertas, reconhecem, mesmo assim, a sua relevância quando directamente questionados:

Sim, eu acho que sim, devemos ter os cuidados médicos. Ir ao médico de vez em quando, o médico adequado àquilo que nós sentimos, e fazer o que eles nos manda - E02

Há ainda quem evoque este tipo de factores para explicar a influência das condições económicas/ pobreza na saúde:

Então, pois uma pessoa pobre, coitadinha, às vezes morre com falta de assistência também, que não tem dinheiro para ir ao médico ou para comprar os medicamentos - E10;

Os cuidados parecem ser vistos como pertinentes sobretudo em situação de doença - que sendo crónica já envolverá porém a ideia de acompanhamento e vigilância mais permanentes:

Se estiver doente terá de ir ao médico e tomar os medicamentos que ele passar [...] (Comentando o papel da fé religiosa): Mas eu digo: se não for o médico a gente não se cura - E5;

Se for saudável não preciso de médico, não preciso de nada, e assim... uma pessoa já não é saudável tem que de ir mais vezes ao médico, tem que ser mais vigiada. [...] (Para manter saúde) Vou muitas vezes ao médico, vou muitas coisas - E2;

Pode-se assinalar que acções preventivas merecem relativamente poucas referências directas dos entrevistados (o que não significa, claro, que não sejam praticadas) - excepto em termos dessa vigilância de doenças crónicas diagnosticadas e da realização de análises clínicas com uma certa regularidade, mesmo entre aqueles mais cépticos quanto aos cuidados de saúde - por exemplo E7: *“Bom, as análises sou um bocadinho mais cuidadosa, talvez sobretudo (por ter vários familiares diabéticos). Mas só se encontrou, por exemplo, uma menção à vacinação contra a gripe (E6).*

Algumas características do relacionamento com os médicos (ou outros profissionais de saúde ou da área social) são abordadas noutro ponto da análise por não ser clara a sua relevância específica em termos de determinantes da saúde percebidos. Por exemplo, a vertente afectiva e, dir-se-ia, pessoal, valorizada, por alguns, nesse tipo de relação, manifesta em expressões como: *“meu amigo”, “boa pessoa”, “gosta muito de mim”, “sabe-me escutar, sabe-nos ouvir” “o doente precisa é de carinho!”* (E1, E6, E8, E01). Ou ainda o facto de esta, com alguma frequência, parece requerer a mediação dos filhos – e.g.: *“A minha filha () é quem vai comigo ao médico () Porque eu às vezes não ouço bem”* (E13).

Por outro lado, os depoimentos contém também algumas pistas quanto ao tipo de relacionamento/ colaboração com os médicos - um aspecto com implicações, por exemplo, em termos não só de práticas de saúde, mas também de controle individual percebido sobre a saúde (ver C3). Mais uma vez os dados sugerem importante heterogeneidade de posturas/expectativas: da aceitação incondicional (dir-se-ia acrítica) da autoridade médica (“fazer o que eles mandam” é expressão usada por E6, E02, E2), à procura de uma “parceria”/colaboração (E11), passando pela recusa /relutância em aceitar a intervenção (E01, E7). Mas é relativamente aos medicamentos que se encontram posições ainda mais divergentes, e sobretudo, ambivalentes. Se há quem os valorize muitíssimo, sem qualquer expressão crítica:

Pois se não fosse os medicamentos eu não estava cá!! - E2 ; Talvez se não fosse isso eu não estaria cá! - E13

⁶⁸ Se é certo que nas perguntas específicas sobre determinantes esses foram também os únicos elementos deliberadamente explorados, os conteúdos das respostas abertas sobre influências na saúde e a outras perguntas das entrevistas (como as relativas a necessidades e/ou sugestões de serviços, políticas, etc.) apoiam mesmo assim a ideia da maior pregnância relativa deste tipo de factores, presentes na sua experiência mais directa, nas perspectivas dos entrevistados.

há também quem expresse uma visão marcadamente negativa:

Ai sou tão contra eles! (riso) () Infelizmente, pois, não posso pôr totalmente de parte [...] São tudo coisas que danificam o nosso organismo, não é? Eu sou contra, muito contra a medicação: tomá-la só em casos excepcionalmente necessários - E7

mas o mais frequente parece ser mesmo uma certa ambivalência e aceitação mais ou menos a contragosto de algo que assume um lugar de peso no quotidiano de muitos dos entrevistados:

Os medicamentos tomo tantos que eu já nem sei!... (riso) () Já penso que tanta coisa me fará mal. Fazem mal aos outros () Mas sei que tem que ser - E02;

E os medicamentos... fazem bem a uma coisa, fazem mal a outra! (riso) [...] Tenho uma gaveta cheia! - E10;

Tem que ser, não é? Não há substitutos [...] Porque o médico tem a tendência: () da farmácia, da farmácia. Aquilo da farmácia tem efeitos secundários! - E11;

Se a gente começa tomar comprimidos, e comprimidos e comprimidos, chega a um ponto em que não dá conta () Comprimidos para os nervos não... Agora outras coisas, pois... - E9

Aliás, ser capaz de ultrapassar problemas (essencialmente de foro psicológico) sem ter “que recorrer à parte médica” é por vezes até, como se referiu já, expresso motivo de orgulho (E7); assim como pessoas que “and(am) o dia inteiro de roda dos médicos” podem ser encaradas, depreende-se, com algum menosprezo (E01)⁶⁹.

Por um motivo ou por outro, como se viu, alguns procuram dispensar certo tipo de medicação ou, se possível, encontrar-lhe alternativas:

[para “os nervos”]: *Esta coisa dos medicamentos para os nervos, isto não dá nada () Tomei muitos () depois digo assim: ‘Já não tomo mais comprimidos! Nem que eu morra’ () E deixei e pronto - E9;*

[para as dores]: *Suporta-se um bocadinho, até à medida do possível, sem jogar mão de um anti-inflamatório, de um analgésico, por tudo e por nada - E7;*

[para dormir]: *Eu tenho que falar com o Dr., que eu quero-me ver livre daquele comprimido para dormir. () Se conseguir passar do da farmácia () para um desses () de ervas () com menos efeitos secundários - E11*

[cálcio]: *Digo assim: ‘Eu!, vou-me deixar disto!’ [...] E então comecei a deixar de tomar aos poucos. E um dos meus netos é nutricionista e diz-me ele assim: ‘Ó avó! [...] tu podes tomar o cálcio natural: com o leite [...]’ - E01*

Como se viu noutros pontos, sendo indispensáveis para muitos dos entrevistados, cuidados de saúde e, sobretudo, medicação, acabam por poder ser também importante fonte de problemas, sobretudo por motivos económicos, havendo inúmeras referências (E1, E2, E3, E5, E6, E02, E13) aos elevados custos que envolvem - e às preocupações que isso acarreta (e.g.: “não é estar preocupada: ‘como é que eu vou arranjar o dinheiro para ir agora ali à farmácia?’” –E1).

Apesar dessas dificuldades, as despesas com a saúde tenderão possivelmente a assumir prioridade sobre outras:

Quando tenho que comprar medicamentos é sempre [x] contos, aí eu não posso comprar outras coisas, vai para os medicamentos” - E2.

Por isso talvez, e apesar dos baixos rendimentos de muitos, só dois dos entrevistados afirmaram considerar-se privados de cuidados de saúde por motivos económicos⁷⁰:

Acho que agora talvez já não me cure das doenças que tenho. Quer dizer: para aos diabetes diz que tem operação; mas eu não posso, que isso é coisas muito caras e a minha reformazinha é pequenina não dá para isso! - E6;

E o dinheiro que eu ganho tenho que fazer um grande sacrifício para conseguir chegar para os medicamentos – e às vezes nem chega! [...] Mesmo que eu queira às vezes comprar medicamentos () que o médico receita, a gente não pode comprar, que o dinheiro não dá - E5

Em dois casos as pessoas sentem-se prejudicadas, mas pela dificuldade de acesso aos cuidados associada a um excessivo tempo de espera:

⁶⁹ Maior entendimento destas atitudes poderá ser encontrado na exploração da importância atribuída a características e estratégias de *coping* pessoais na relação com a saúde.

⁷⁰ Este aspecto da relação entre os cuidados e as condições económicas será retomado noutro.

A nossa coisa melhor é a saúde - o que é que, às vezes, não nos tratam!: mandam “venha tal tempo”. Agora (riso) tinham marcado eles uma consulta para (daí a alguns meses)! - E13

Há 2 anos estou à espera de operação à perna. Quando vem já não quero! [...] A minha mulher há um ano que foi tirar uma catarata da vista, e está () à espera para fazer da outra. Isto não se admite! - E5.

Outros aspectos do Sistema de Saúde (e Social) comentados pelos entrevistados - como a referência à necessidade de mais/ melhores cuidados a idosos dependentes - serão considerados noutros pontos da análise, já que não parecem ser por eles percebidos como influências de primeira linha na saúde.

D) • Factores relativos às Redes e Relações Sociais surgem espontaneamente referidos em algumas entrevistas como determinantes da saúde - e serão até talvez os mais importantes, para dois dos participantes. Num dos casos (E8) - possível situação de violência doméstica - a perspectiva da entrevistada quanto à sua situação de saúde centra-se num diagnóstico de perturbação psicológica, o qual, por sua vez, será por ela atribuído a uma causa única, (a relação com) o marido:

A minha saúde é muito pouca. Eu tenho um Síndrome Ansioso Depressivo há muitos anos. Porque o meu marido [...] Pois o problema era o mesmo! Era o meu marido que... [...];

[Q.14- Pessoa pode influenciar saúde?] *Eu acho que não () Pois [vivo com o meu marido]*

A outra situação, é muito distinta da anterior: E11 articula o seu entendimento de inúmeros factores que influenciam a saúde (é talvez até o participante que manifesta uma visão mais diversificada, ampla e “consciente” da determinação da saúde), mas explicita ser este domínio que considera o mais importante:

[Q.9-Que influencia a saúde?] *Especialmente nas pessoas de idade, na minha opinião, é a solidão. E não há aí organizações [...];* [Q.14- Pessoa pode influenciar saúde?] *Certamente. Porque faz diferença - a estatística diz isso, não é? – as pessoas que têm () uma vida social mais activa [...]* (E11)

Para além destas situações em que esta vertente se revela nuclear - note-se que, em ambos os casos pela negativa... - há vários outros em que factores a este nível são também reconhecidos como influentes na saúde, seja de modo espontâneo – por exemplo:

Também sofro do coração () Também apanhei muitos sustos, que o meu marido era muito bêbado. - E6

Eu, com a doença da minha mulher fui muito abaixo! Quando ela morreu, nem saía de casa. Estas coisas é que dão cabo assim da gente, mais! - E13

Eu tratei a minha mãe – embora a custo, e ficar da maneira que fiquei, derreada () de corpo e de nervos e de coração e de costas e tudo - E01

Eu o meu mal de há muitos anos é os nervos. Desde que eu fiquei sozinha pois... - E9

Ter amigos ajuda-nos muito - E7

Eu é que gosto muito de conversar e faz-me muito bem conversar. É o que faz mais mal é eu às vezes não... - E02

Estar em casa, não ter convívio, não contar com pessoas algumas () Tudo isso (dá) em doença! - E5.

seja em resposta à pergunta colocada sobre a eventual relevância da “família e amigos” para a saúde - p.ex.:

Ai, é muito, é muito! A família é uma parte muito importante na vida da pessoa. () basicamente é o mais importante, para nos acompanhar nas nossas idades mais avançadas () É o conforto, é saber que está ali () Mal de quem não tem, realmente. Ou de quem tem (mas...) Vale mais a pessoa estar completamente só do que saber que tem família e que não está por perto de si quando é necessário aquele braço por cima, aquele aconchego, aquela presença. Ainda que monetariamente muitas vezes pode não poder ajudar () E os amigos: importante – porque muitas vezes há amigos que () estão mais presentes, ou porque têm mais oportunidade - E7

(Amigos tem importância) porque sempre a pessoa distrai - E5

Ah, sim! Isso quando a gente tem convívio com uma pessoa assim amiga, e que é da nossa opinião() – isso ajuda muito. Agora quando tem daquelas que... - que é isso que se passou comigo – isso magoa muito [...]

Conviver com as minhas amigas, (sair) - ficava mais aliviada - E02

Tem importância sim senhor! () Eu não tive lá problemas com pessoa nenhuma.[...] Então a minha vizinha agora esteve em Lisboa 15 dias, até as minhas canitas achavam menos... (Senti falta de) o... rojar uma cadeira, () uma mesa () Gosto de sentir companhia, sim senhora. - E10

Portanto, de forma mais ou menos explícita, com maior ou menor saliência e centralidade, a maioria dos entrevistados estabelece uma relação entre (algum aspecto) de suporte social e a saúde. Nestes depoimentos, vários tipos de relacionamentos interpessoais são vistos como influentes: a relação conjugal, em especial quando negativa, tem expectável impacte (E8 e E6); mas também a sua perda (e.g., E13) e depois a solidão resultante da viuvez, que afectará pelo menos o bem estar emocional (e.g., “os nervos” - E9). A família (subentende-se, no contexto dos entrevistados, filhos ou outros parentes mais próximos não coabitantes) também pode desempenhar tanto um papel favorável, como negativo, nomeadamente se não for afectivamente próxima e apoiante. Igualmente as relações de amizade mais íntima, embora geralmente referidas pela positiva, podem também ser factor de risco/ perturbação em caso de conflito. A convivência em geral, incluindo as relações de vizinhança - em aspectos que podem ser tão simples como o sentir de um presença fisicamente próxima - desempenham também um papel, designadamente por proporcionarem “distracção”⁷¹. O próprio ambiente social da comunidade em que se vive (i.e. uma dimensão mais contextual das redes e relações), foi também valorizado por um participante (E11) como propiciador da saúde - como ainda se verá, nos comentários sobre a zona de residência.

As redes e relações sociais, como se viu, são igualmente destacadas como centrais para o bem-estar/qualidade de vida de alguns entrevistados e mencionadas em diversos contextos ao longo das entrevistas (ver respectiva análise - secção C.1).

E) • O papel de factores Económicos na saúde das pessoas é reconhecido por grande parte dos entrevistados, mas quase sempre só se expressamente questionados sobre isso e sobretudo no contexto mais extremo das situações de pobreza.

Para um dos entrevistados (E5), porém, este surge com um determinante fulcral da saúde - “A *pobreza é o que tem mais, é o que tem mais (importância para a saúde)*”. Este participante aponta aliás espontânea e explicitamente, as dificuldades económicas como prejudiciais para a saúde; o “mecanismo” de influência em causa seria sobretudo de tipo psicossocial:

*A pessoa com o stress cria uma depressão que não dá mais conta*⁷² [...]; (E a origem do “stress”:) *É tudo por causa disso! Por causa do dia a dia, do que passa durante o dia: não poder ter o que precisa*

A via pela qual a carência económica afecta a saúde parece ser também deste tipo, para outros entrevistados:

Acho que deviam fazer casinhas para os pobres [...] para a saúde se as coisas estiverem um bocadinho mais baratas [] Tudo, tudo, casas, água, luz, tudo! () Assim a pessoa já não pensa tanto que o dinheiro não chega - E6
Sim... Principalmente – eu não digo para a gente esbanjar, mas para as coisas que nós necessitamos - E1

Mas há também quem privilegie - ou conjugue estes - com outro tipo de mecanismos de influência, através do acesso a condições materiais como cuidados de saúde, alimentação, e higiene. Exemplos:

Ora se uma pessoa não tiver dinheiro para ir à consulta ou para comprar os medicamentos ou isso... [-]- E10
[Pobreza] ...os que não têm onde se encostem, dormem aí, apanham frio, apanham uma doença, pronto! -E13
Os pobres, coitados – tem menos higiene, têm os comeres que não são tão bons, coitados. Pessoas de idade que [...] Acho que sim, acho que tem muito () E até mesmo a higiene das casas e tudo, não é verdade? - E1
Há pessoas que vivem aí () com uma reforma - eh!, como é que esta gente consegue viver? Sobrevivem, não vivem! () A gente vai lá (e a casa) ‘Ai, é tão fria! Como é que esta gente aguenta?!’ - E11
Ah, pois... () sem dinheiro não pode fazer frente a certos casos, não é? - E3

É de salientar que, se a possível influência das situações de maior carência económica na saúde é admitida - pelo menos face a pergunta directa - por todos os entrevistados, em nenhuma das entrevistas

⁷¹ Ver a este propósito os determinantes ligados a estratégias de *coping*.

⁷² Lembre-se ainda que, na perspectiva deste entrevistado, as consequências últimas não só a nível do bem-estar emocional: “O stress mata” (E5).

surge qualquer indicação de reconhecimento de um possível “gradiente de saúde”. Pelo contrário, há quem se preocupe em sublinhar que tal influência só existirá mesmo em situações de maior desfavorecimento: [16p/Relevância da pobreza] “*Sim, quando é abaixo daquela média...*” (E7).

Encontram-se, de qualquer modo, sinais de uma certa relutância em reconhecer o impacto da capacidade económica [16k] na saúde, mas só detectados entre os com maior capacidade económica (e nível de escolaridade):

Pois, tem, tem... Mas... tem um bocadinho, terá um bocado de influência, mas... pronto, se estiver ali assim pelo meio também não precisa mais. () O equilíbrio [...] - E7;

Sim, até certo ponto. Vamos lá a ver: o intelectual não se incomoda muito, não está muito preocupado com o dinheiro: ele tem outros valores, né?() depende das pessoas, não é? - E11

Mas há igualmente quem tendo uma situação pessoal de maior afluência reconheça mesmo assim este tipo de determinante (E02).

F) • Os factores do Ambiente Físico (incluindo ambiente natural e construído), parecem ocupar um lugar comparativamente marginal no pensamento da globalidade dos entrevistados, face às restantes categorias de determinantes consideradas. Mesmo assim é de notar que a maior parte, pelo menos quando directamente interrogado, reconhece o potencial impacto na saúde de algum determinante deste tipo.

De qualquer modo, factores desta natureza não foram praticamente objecto de referência espontânea (pelo menos expressamente em relação com a saúde), não surgem com relevância central para qualquer dos participantes e há até quem negue a influência dos aspectos contemplados nas perguntas directas (E10).

Uma das perguntas específicas referia-se às condições de habitação e a saúde [16d], elicitando o reconhecimento pela maioria dos entrevistados da sua potencial relação com a saúde, acompanhada por vezes de indicação dos aspectos que entendem como relevantes - humidade, chuva, frio, dimensão, higiene e “comodidades”: Exemplos:

Por acaso eu tenho muita saúde, porque a minha casa até é ruim. () é uma casa húmida () E tem muitas entradas de ar. () Às vezes também o frio é bom! () De maneira que a casa não tem condições. Mas, como não chove lá dentro () eu tenho-me deixado estar ali e continuarei até (morrer). Eu pago de casa uma bagatela ()E até eu ainda posso ter reumático por causa da casa () Uma casa que é húmida é sempre uma casa doentia - E5

Tem, tem. Mas de uma maneira geral o português já tem umas casinhas bem jeitosas. () Eu tenho aqui isto (aquecedor) - E11

Eu acho que tem. Aquelas pessoas que têm aquelas casinhas pequeninas, húmidas, às vezes que chove lá dentro - E9

Também tem: higiene, limpeza. - E6

O aspecto de acesso à habitação é também lembrado por uma entrevistada a propósito da questão sobre a relação entre o local onde se vive e a saúde: “*acho que deviam fazer casinhas para os pobres*” - E6.

Uma das entrevistadas porém nega claramente a existência de relação entre condições de habitação e saúde:

Eu acho que () não têm. Essas velhas que você vê aí, que trabalham no campo, trabalharam, criaram 17 filhos () e sem casa de banho sem nada () Lá no meu sítio também não havia. - E10

É curioso notar como questões relativas à acessibilidade não são, em caso nenhum, explicitadas como determinantes da saúde - muito embora os relatos de vida de algumas das participantes até atestem muito claramente a sua relevância.

Por exemplo, essa mesma E10, que não reconhece qualquer importância para a saúde da casa (ou do local de residência em termos mais amplos), afirma simultaneamente, em dois momentos da entrevista:

vivi ali num 1º andar, mas bendita a hora em que eu mudei para aqui (R/c). Porque agora () quase não dou descidos (os 3 degraus) para ir para a rua⁷³, quanto mais subir e descer a escada!

⁷³ Há cerca de 2 meses que deixou de poder sair de casa, por esse motivo.

Também E1 descreve, a dado ponto, as grandes dificuldades que viveu no período em que esteve em casa sozinha, de cadeira de rodas - nomeadamente para chegar à casa de banho situada no quintal. Já E02, forçada a mudar recentemente de casa pela dificuldade em subir ao 2º andar sem elevador - com os diversos transtornos que tal envolveu, com destaque para a perda das redes de vizinhança - reconhece, apesar de tudo, a relevância de características do prédio/zona em termos de favorecerem ou não o convívio: “*Pois vivo ali, isolada; se vivesse assim num lugar mais... que convivesse mais...*”. Noutros pontos da entrevista havia explicado que o elevador dificulta o encontro/convívio com os vizinhos e que a proximidade de “infra-estruturas” como cafés promove a sociabilidade.

Outras aspectos da área de residência são também destacados por esta entrevistada como tendo impacte na saúde:

Eu acho que sim, um ambiente agradável, saudável que isso é bom () viver num lugar em que não haja muito lixo () num lugar assim asseado e agradável, onde as pessoas estão bem () Se a pessoa vive, por exemplo, assim num lugar degradado também acho que... E02

No entanto, vários dos entrevistados responderam à pergunta sobre eventual influência para a saúde do sítio/bairro/cidade onde se vive, em torno do que, no seu entender, diferencia cidade e campo (ou cidades de diferentes dimensões) - com destaque para o factor poluição, mas também outros, como sejam/ o acesso a estruturas de apoio e o ambiente social. Exemplos:

Eu preferia - como fazem os estrangeiros - vão aí para a Serra () que a gente da terra é diferente.() há uma comunicação () E é uma maneira de viver diferente, há mais confiança nas pessoas () é uma vida mais saudável, em minha opinião. Embora seja isolado - mas é mais saudável. – E11

Para a saúde? Sim, um bocadinho. Quer dizer sobre uns certos aspectos positivo, sobre (outros) negativo. Quem viva numa serra, () no meio da natureza, tem certamente mais saúde em relação a pessoas que vivem () numa cidade, com a poluição que vai. () Tem um lado mais positivo, estamos mais perto de qualquer emergência para nos socorrer.[...] - E7
Porque hoje Faro também já é uma cidade muito grande, também já tem muita poluição (tem mais carros) [...] Tudo quanto é árvores verdes é bom para a saúde (porque produzem oxigénio e consomem dióxido de carbono). Que é o que aqui devia ter: muito mais árvores, aqui Faro, e não tem – aqui é só prédios! - E5

Surgem também outras referências a factores do meio físico/não construído desligadas deste contexto mais específico da zona de residência⁷⁴:

A atmosfera? Sim, sim, sim, sim. Tem muito, tem. Vejo isso, até porque ()há uma chuva que me queima as plantas () é qualquer coisa que não está bem, que está poluído. ()Ora, se estraga a planta, também estraga a nós, não é? -E1
Ora... termos água boa! [...] Agora taparam os poços todos e a pessoa tem de beber a água dos canos, que leva lá também material lá dentro. [...] - E5

Poderá enquadrar-se nesta categoria genérica um outro tipo de aspectos que não tendo habitualmente grande ênfase na literatura científica, curiosamente foram espontaneamente mencionados por entrevistados no contexto das questões mais abertas. Mais explicitamente como determinantes da saúde, encontram-se referências ao contemplar de elementos da natureza (mar, céu):

[14-O que se pode fazer para saúde] *Pois é se distrair! [...] ‘então eu nunca mais vi o mar!?’ () Vou ali olhar à doca e parece que sinto alívio, é só a única coisa que sinto mais alívio. E8*

[14] [...] *ver o céu azul (..) Ó sim, isso desanuvia a mente, não é? Mesmo que o indivíduo estando sozinho... parar um pouco à beira mar...*

Propõe-se a agregação destes aspectos sob a designação mais abrangente de “contacto com a natureza” - vertente um pouco mais aprofundada no âmbito da análise do domínio “Espaço de vida” no Anexo 4, e que inclui outros elementos referidos nos depoimentos que parecem contribuir para o bem-estar dos entrevistados, ainda que não sejam por eles necessariamente relacionados com questões de saúde.

⁷⁴ A pergunta sobre determinantes da saúde que se referia ao “meio ambiente” [16o] foi interpretada de formas bastante diversas pelos entrevistados - p. ex., como referindo-se aos relacionamentos interpessoais, ou ao local de residência - e, só ocasionalmente elicitou referências a factores do meio físico/natural não construído.

G) • Deus e a fé foram um factor expressamente explorado nas entrevistas através de uma questão específica, mas que surge também espontaneamente em alguns depoimentos.

Desde logo, várias entrevistas estão eivadas de expressões como “graças a Deus”, “peço a Deus”, etc. - muitas vezes, saliente-se, associadas precisamente a temas de saúde. É no entanto difícil distinguir em que medida representam algum grau de reconhecimento de controle divino sobre estas matérias, ou mera expressão culturalmente enraizada. Em qualquer caso, como se observou noutro ponto da análise, o facto de se “pedir” saúde - por exemplo:

que é o que eu peço a Deus: eu faço uma oraçanita todas as noites () e de manhã (): peço a Deus que me dê orientação na vida⁷⁵ (E10); peço por toda a gente – que Deus lhe dê a paz e saúde (E8);

só peço a Deus é que eu não caia numa cama (E01); [saúde] isso é o que me ajuda, é o que eu peço sempre (E13) será expressão indicativa de percepção de falta de controle individual directo sobre a matéria - ficando é menos claro se há efectiva convicção de que esta estará sob controle externo/divino (e nesse caso, é até, talvez, passível de algum controle mediado ou, pelo menos, com previsibilidade) ou será mero fruto do acaso/ factores incontrolláveis ou imprevisíveis⁷⁶.

Esse tipo de dúvida parece ser de algum modo subjacente a alguns depoimentos que espontaneamente referem de forma mais directa a questão de Deus como central na determinação da saúde - num caso, afigura-se aliás ser este o elemento preponderante, na visão da entrevistada:

têm saúde, é porque Deus lhes dá saúde - E3

Mas noutro testemunho, em que a fé se apresenta também como muito importante em termos de entendimento da saúde, é simultaneamente afirmado que:

Não, não, não vou culpar agora Deus de me dar o castigo de eu ser doente. - E10

A (complexa) interrelação desta perspectiva de fé, com uma noção de merecimento/castigo, e por outro lado ainda, com uma incerteza, mais ou menos marcada, será aprofundada adiante, já que se integra no que se propõe ser uma das “constelações” de pensamento causal sobre saúde identificadas nos depoimentos.

Mais linear e bastante mais frequente parece ser a posição em que a fé surge como essencial em momentos críticos - como aliás alguns depoimentos explicitam e outros ilustram:

Não se pode deixar esse assunto de parte, nem pensar nisso. Um indivíduo quanto tem problemas e não tem respostas, tem que procurar uma bóia de salvação em qualquer lado - E11;

Eu quando fui para a minha operação fui rezando. () A Nª Sr.ª tem feito muitos milagres - E6.

Por outro lado, importa notar que o ser crente não implicará necessariamente partilhar da noção da relevância dessa fé, ou de Deus, em matérias de saúde - quando a pergunta directa é colocada alguns expressam incerteza, enquanto outros negam mesmo a interrelação dessas questões:

Eu não tenho capacidade para saber se de facto existe ou não existe Deus. () Mas já se sabe quando a gente (está) muito mal, chama por Ele. () Mas não sei se é ele que acode ou se... () Mas eu digo: se não for o médico a gente não se cura () Como os Jeová's que não dão sangue () isso é um pecado.() A gente deve-se tratar - e ajudar os outros - E5;

Não sou aquela coisa de: “Vou pedir a Deus que ele me faz” Eu não, não tenho essas ideias. - E9;

Tenho fé em Deus () (mas) acho que isso assim não tem a ver - E02; (idem - E2, E7)

H) • A idade foi um factor repetidamente evocado pelos entrevistados como explicativo da saúde - muito para lá da resposta à única pergunta que introduziu na entrevista, de forma muito genérica, a questão do

⁷⁵ Refere-se a entrevistada, como se viu já, a manter a funcionalidade a nível cognitivo/mental.

⁷⁶ Incluía-se no guião de entrevista uma pergunta, referindo-se a “sorte/azar”, que visava precisamente explorar a percepção da peso do acaso na determinação da saúde. Com algumas excepções, as respostas revelaram-se no entanto pouco esclarecedoras. Mesmo assim - e para além de E10 que aborda o tema em debate também nesta pergunta - em três casos (E5, E7, E11) ela elicitou uma relativa negação do acaso, afirmando os entrevistados o controle pelo menos parcial dos indivíduos sobre o seu destino (*A sorte e o azar são coisas que dizem. () O azar faz a gente e a sorte faz a gente. Mais nada -E5; eu costumo pôr assim: ‘faz tu que eu te ajudarei’ -E11; penso que () nós também contribuímos muito para essa sorte -E7*); não é porém claro que tais afirmações se apliquem especificamente à saúde.

envelhecimento (aliás sem a relacionar com a saúde). Seja destacando-a mais directamente nas respostas que explicitam determinantes (p. ex.: “*acho que já não (sou saudável)... mesmo a idade - tudo aparece*” - E13), ou, o que é mais frequente, em referências mais ‘de passagem’, a verdade é que raros foram os entrevistados que num ponto ou outro não associaram a idade a um ou vários problemas de saúde e/ou limitações ao nível da funcionalidade.

Atendendo a que as expectativas genéricas associadas ao envelhecimento parecem ser, para boa parte deste grupo, predominantemente negativas - como se descreve no ponto da análise dedicado ao tema (Anexo 4) -, não será de estranhar que a “responsabilização” da idade por problemas de saúde e perdas de capacidade seja frequente e até, por vezes, claramente ‘excessiva’. Por exemplo:

O meu coração acusou bloqueio há mais de 8 anos. () Já se sabe pois – acho que talvez seja adequado também à idade. Porque a pessoa com esta idade já não pode ter um coração bom, penso eu. - E8

Mas há também quem tenha uma visão mais delimitada dos efeitos do envelhecimento, estabelecendo inclusive a distinção entre estes e a doença:

Por muito que se diga “Ai eu estou muito boa!” () há sempre um desgaste que nós sentimos. É muito lento, () no dia-a-dia, não nos apercebemos tanto disso. A não ser quando há uma situação de doença, que é um caso diferente. - E7

O que é indubitável é que muitos problemas e dificuldades, de tipo e gravidade diversificada, são justificados pelos participantes como inerentes ao avançar dos anos:

...a idade - tudo aparece: agora todos os dias aparece coisinhas () agora acredito que é verdade!, o que os velhotes me diziam, os meus avós () uma vez é uma perna, outra vez é um braço, outras vezes é [...] Esta manhã acordei com esta mão que não podia pegar em nada! Isto o caruncho é o diabo! (riso) - E13;

Olhe, tenho aqui este dedo todo inchado () Digo assim: isto é fruta, fruta do tempo [...]; Estas dores que dão aqui, aos velhos - E9

E os ossinhos, são meio falhados (osteoporose) – isso é próprio da idade” - E1

Com a idade deixou de poder se mexer, () já nem levava uma colher à boca, nem nada. () com a idade acontece isso, é só esse o meu medo [...]; Penso: Bom!, também já tenho 76 anos, alguma coisa (problema de saúde) tenho que (ter) - E01

Agora é claro, cada vez ela se sente pior porque vai sendo mais velha. Vai agravando mais (o quadro depressivo) - E5

Agora já me falha muito a memória das pessoas. Mas também é a idade - E02

Sempre se tem que admitir, que a máquina... os anos vão se passando e deixam as suas marcas. É indiscutível. Há aqueles que têm mais sorte, por uma questão genética, e conseguem chegar a uma idade avançada, com problemas sim, mas com () pequenas coisinhas - E11

Quando chegamos a essa altura dos 60 anos a gente já não tem tanta força como tinha quando tinha 15 ou 20 [...]; Quando nós somos novos, que não temos nada, é muito bom: não temos que tomar remédios, não temos que ter cuidado com a comida que nós comemos. Enfim, essas coisas todas. - E6

Eu fazia tudo (pintar casa). Agora... os anos também já não estão para isso - E2

I) • Outros factores foram também pontualmente mencionados por um ou outro entrevistado, em geral assinalando aspectos que, na sua própria vida, consideram ter afectado a saúde actual.

Alguns desses factores ocorreram em épocas anteriores do seu percurso de vida.

Nalguns casos são influências bem remotas, como acontecimentos que marcaram a sua **infância**, com destaque para a perda dos pais:

Talvez me afectasse muito a falta do meu pai (morreu tinha eu 5 anos) - E1;

Eu sempre fui triste, desde sempre. [...] Eu atribuo porque o meu pai morreu e a minha mãe, era eu pequenina () E eu sempre tenho tido a morte na minha cabeça - E9

Há também referências a factores relativos às **condições de trabalho**:

Foram 30 e tal anos a apanhar (radiação) – eu era técnica de Raio X – então essa radiação acumulou e os ossos estão todos a deformarem-se - E01

E a luz a petróleo acho que me fez muito mal (à visão) - E8

Há ainda quem fale de influências **continuadas** - como é o caso, já referido, das situações conjugais problemáticas (E8, E6 - ver Relações Sociais), ou de outras referências a comportamentos/condições experimentadas durante a vida adulta (p. ex.: *Talvez eu abusasse um bocado, sei lá...* - E6).

Foi aliás colocada uma questão específica sobre este tema da influência eventual de condições /eventos passados [16b] e as respostas, a essa como a outras questões, parecem sugestivas de entendimentos bastante diferentes (e às vezes pouco consistentes?) sobre a possibilidade de influências cumulativas e /ou de determinantes remotos na saúde actual. Alguns entrevistados parecem rejeitar tal perspectiva:

*Trabalhei muito () Fazia serões () E era antigamente: não havia electricidade, era petróleo () Mas... tudo passou - E2;
Pois não sei... () Eu quando era nova tive () umas doenças assim [...] Mas livre-me disso tudo e isso fica tudo para trás () Passou tudo, isso desapareceu-me tudo - e lá fora trabalhei muito! - E02*

Outros aceitá-la-ão como possível, em certas circunstâncias, ainda que não reconheçam, na sua própria história de vida, o peso desse tipo de influências:

Não, não me parece. Quer dizer, o tipo de trabalho que tive, não era coisa que me pudesse influenciar [...] Pronto, haverão trabalhos que realmente, podem atingir mais... -E7

O cômputo geral - se é que é possível - parece ser talvez o de uma tendência para subvalorizar a influência na saúde actual de factores do passado - com excepção feita para aspectos de maior pregnância na história de vida individual.

Quanto a referências a outros determinantes, pode-se ainda mencionar factores de tipo “constitucional”:

*Há aqueles que têm mais sorte, por uma questão genética [...] - E11
(Trabalhava com) colas () E aquilo também faz mal à gente. Mas por acaso a mim não me fez () Tinha o pulmão forte, nunca me fez mal essas coisas. - E5*

Linhas preferenciais de explicação

Procurando uma leitura dos dados para lá destas categorias mais específicas de determinantes, uma primeira linha de análise envolve um nível superior de categorização dos factores identificados em termos das grandes dimensões classificativas dos determinantes centrais para a concepção teórica de saúde adoptada (cf. Parte I): abordagem patogénica vs. salutogénica; determinantes individuais vs. ambientais, proximais vs. distais...

Nessa perspectiva, poder-se-á em primeiro lugar assinalar que nas concepções explicativas da saúde dos entrevistados parece assumir grande peso uma perspectiva patogénica ou de risco. Por exemplo, no domínio dos “estilos de vida/práticas de saúde” a linguagem usada é muitas vezes a de “cuidados”, “abusos” - não só quanto aos aspectos relativos a comportamentos adictivos (“vícios”), mas mesmo no que concerne nomeadamente à alimentação, em que as ideias estão também muito centradas no evitar do que “faz mal”:

*Melhorar (a saúde) é não fazer o que não deve fazer (riso) - E10
Talvez eu tivesse abusado um bocadinho da minha saúde, que eu tinha muita saúde, quando era nova! - E6
Às vezes abusam de tabaco, abusam de comida – há certas comidas que não devem comer. Mas agora, () neste tempo que estamos já há mais cuidado sobre essas coisas! - E01
Alguns que bebem e que fumam, com certeza que têm maus hábitos. () Eu nunca tive () esses vícios. - E3*

No entanto, surgem igualmente referências consentâneas com uma perspectiva salutogénica e noções de factores positivos/recursos - talvez sobretudo em domínios como o do suporte social/ relacionamentos interpessoais e características e comportamentos individuais - falando-se então, por exemplo, daquilo que “ajuda”, que “é bom” e de qualidades e capacidades:

*Mas em ordem geral, nós também construímos muito as capacidades da nossa vida: temos que lhe dar alimento () sobretudo a força de vontade! É um bem, é uma coisa inigualável - E7;
Vejo que há qualquer força dentro de mim que não me deixa estar caída - E1;
Ver o céu azul [...] Ó sim, isso desanuviava a mente, não é? - E11;
(Amigos) Tem [importância para a saúde] porque sempre a pessoa distrai, sempre distrai a pessoa... - E5;
Ter amigos ajuda-nos muito [...] A família é uma parte muito importante na vida da pessoa - E7
É bom a gente dar-se todos bem uns com os outros, mesmo as pessoas de fora - E6*

Em todo o caso, como os excertos incluídos também ilustram, numa leitura mais especulativa, poder-se-á considerar que mesmo esses factores positivos parecem surgir essencialmente numa perspectiva de resiliência ou de moderação/*buffer* face aos problemas - trata-se muitas vezes, como se viu, de se “distrair” ou “lutar/reagir” às dificuldades -, e não tanto de promoção da saúde optimal/positiva ou de processos de “crescimento”...

Por outro lado, na dimensão individual-ambiental, verifica-se que os entrevistados, no conjunto, dão clara preponderância aos factores do primeiro tipo - como comportamentos e características dos indivíduos. Esses determinantes surgem em número significativo, com bastantes referências e, sobretudo, são os que mais frequentemente aparecem nas respostas de forma espontânea, não havendo nenhum idoso que não tenha indicado pelo menos um factor deste tipo. Numa análise mais subjectiva do domínio/tipo de explicação em que cada entrevistado tende a colocar mais ênfase, é também em factores deste plano que parecem recair as preferências da maioria dos participantes. Factores de tipo ambiental, em sentido lato, remetendo para condições do meio físico, social, económico, etc., merecem mesmo assim também reconhecimento por muitos dos participantes - mas em vários casos de forma que parece mais marginal e frequentemente só em reacção a perguntas específicas sobre os mesmos. Para além disso, mesmo esses factores ambientais podem tender a aparecer referidos em termos das suas manifestações no plano individual - aspecto bem exemplificado no que concerne à esfera económica, em que se reconhece a influência do nível de rendimento individual /familiar, mas não, por exemplo, das desigualdades da distribuição do rendimento.

Praticamente ausentes estão pois as referências a determinantes mais distais, como processos e políticas macro-sociais. Convém porém notar que as próprias questões do guião da entrevista privilegiavam factores mais próximos do quadro experiencial dos sujeitos e da sua esfera de influência - e que, mesmo assim, surgem nas entrevistas algumas referências que remetem para políticas, com destaque para as relacionadas com os rendimentos e, sobretudo, as despesas com impacte neste grupo da população: (e.g., custo de remédios – E3; consultas – E13; “casas, água, luz, tudo!” – E6).

Mas há, sem dúvida, determinantes relevantes, porventura sobretudo no domínio socioeconómico - destaque-se a educação, objecto inclusive de pergunta directa - cujo impacte na saúde os entrevistados no essencial desconhecem/ não reconhecem.

No plano oposto, factores de tipo genético e biológico/constitucional merecem também só rara menção. A excepção poderá porventura ser a “Idade”, frequentemente presente como factor explicativo, caso se queira considerar que remete para processos e características desse domínio biológico/constitucional.

Em contrapartida, de entre os factores valorizados por entrevistados que a ciência não reconhece, merece destaque mais óbvio a intervenção divina...

Finalmente é de lembrar que há, por vezes, concepções muito particulares/idiossincráticas...

E depois aquela coisa da perda dos meus pais, também chorei muito e tudo isso talvez contribísse para [os problemas de visão] - E8

Organização intra individual das explicações

Como se estruturam no pensamento de cada entrevistado as (várias) explicações sobre o que influencia a saúde? Ainda que fique fora do âmbito do estudo o aprofundamento deste tipo de questão é possível avançar algumas observações e hipóteses.

Antes do mais, como se referiu ao início, traço comum à generalidade dos depoimentos é uma perspectiva de multideterminação, sendo que cada pessoa reconhece a influência de factores pertencentes a várias das categorias de determinantes encontradas.

Esse entendimento porém, em geral, não é claramente articulado como tal, surgindo as referências aos diversos tipos de influências em vários contextos/perguntas ao longo das entrevistas. A interrelação entre determinantes/ explicações não é também praticamente nunca abordada de forma directa.

No entanto, a análise global dos depoimentos sugere que em vários casos pode estar em causa uma percepção - ainda que pouco consciente - de uma dada situação de saúde/bem-estar ser condicionada por múltiplos factores em redes de causalidade que podem ser complexas - como exemplificado pela situação de E02, exposta ao longo da entrevista:

Porque esta coisa de (problema de visão) deitou-me muito abaixo. Depois também tive um outro problema, aí duma coisa que eu não gostei nada que me dissessem [...] Tornei-me um bocado pessimista depois de ter este problema na vista e de não poder mexer-me à-vontade, ir para onde queria () E sujeito-me mais a estar em casa. E estou em casa, estou mais a pensar na vida. (Ficando portanto ainda mais 'pessimista') [...] (O que para além do mais também acontece porque:) Vivo ali, isolada (na nova casa, "lá no alto"); se vivesse assim num lugar mais... [...] Sinto-me mais cansada e depois estou lá em cima e aborreço-me a vir para baixo [...]
Agora já me falha muito a memória das pessoas. Mas também é a idade.() Mas também foi esta coisa da vista, agravou muito, e o outro caso que me passou () Quando a gente tem uma certa idade e apanha assim um choque assim grande, fica um bocado...

Por outro lado, convém não esquecer que, embora as pessoas avancem diversas explicações/ determinantes, surgem igualmente expressões sugestivas de dúvidas, incertezas, perplexidades quanto ao que determina a saúde⁷⁷ e, em particular, ao peso efectivo de factores habitualmente tidos em conta - genéticos, porventura, e sobretudo comportamentais:

Isto... Olha a minha mãe! morreu com 95 anos. Fez uma operação a uma vista, parece-me que foi - a doença que teve! () Quase que nunca foi ao médico, tão pouco. () Agora eu tem sido... - E13
Isso cada um é como é [...] (Reformada por invalidez desde os 54 anos) Sei lá o que é que eu tenho feito! E o meu marido dizia-me aqui assim: 'Ó mulher, então tu és... bruta! Então tu não vês que não podes fazer isso!' Ele coitadinho, já se lá foi, e eu ainda cá estou. - E10
(O marido bebia muito - mas) hoje ele tem 88 anos e tem muito mais saúde do que eu - E8

Os depoimentos sugerem ainda que os vários factores ou explicações admitidas pelos indivíduos não assumem todas igual peso, ou convicção, ou grau de explicitação.

Assim, por exemplo, quanto a este último aspecto há, como se viu, factores que aparecem claramente identificados como tal em respostas do tipo "o que influencia a saúde é...", enquanto a relação de outros com a saúde tende a só se manifestar de forma indirecta (e.g., no relato das suas circunstâncias de vida), ou ainda face a questão directa específica. Torna-se porém difícil operacionalizar tais diferenças nas respostas obtidas de modo a poder mapear esses aspectos de forma objectiva e sistemática, realçando, por exemplo, em que medida tal depende mais do tipo de factor em causa, do indivíduo ou - como se apresenta mais provável - da interacção destes (e outros) aspectos⁷⁸.

Também o grau de certeza ou de importância atribuída pelos entrevistados a cada factor se revela de difícil operacionalização sistemática em material deste tipo - não deixando porém de ficar patente que não é uniforme. Não se tendo optado por aprofundar uma análise fenomenológica das entrevistas, interpretações mais superficiais dos depoimentos são mesmo assim sugestivas de que poderá haver certa tendência para algumas explicações/factores assumirem um carácter mais central no entendimento que

⁷⁷ Esta questão é retomada adiante, numa das três "constelações" identificadas.

⁷⁸ Por exemplo, os comportamentos adictivos parece ser um tipo de factor que frequentemente é evocado de forma explícita e numa referência universal - ao passo que o papel dos relacionamentos interpessoais tende mais a surgir implícito no contexto de um dado relato e face a pergunta directa. Por outro lado, nos depoimentos de alguns - a maioria, dir-se-ia - dos entrevistados as explicações causais surgem sobretudo através de histórias pessoais, etc. (e.g., E13), enquanto outros apresentam-nas de forma mais explícita e universal/não personalizada (e.g., E11). Mas naturalmente diferentes pessoas abordam o mesmo determinante de formas diferentes e a mesma pessoa trata diferentes factores de modo diversos.

cada indivíduo tem das influências na saúde/doença, enquanto outros, embora reconhecidos, ficam relegados a papel mais marginal (ver Figura 01-III ⁷⁹).

Foi partindo desta hipótese e da constatação de algumas outras regularidades que se chegou à identificação das “constelações” que adiante se apresentam - correspondendo a três tipos de situações que tendem a descrever a forma como se organiza o “núcleo central” de visão causal da saúde dos entrevistados. Enquanto o quadro conceptual de alguns se enquadra com bastante clareza numa destas constelações, noutros casos a descrição não “assenta” tão adequadamente, ou pode encontrar correspondências em mais do que uma constelação.

Figura 1-III: Hipótese de Matriz: Importância/Convicção face aos Determinantes X Indivíduo

Ent- rev.	F. Psicológ. Estratég. C.	Práticas de saúde	Cuidados de Saúde	Idade	R. Relações Sociais	F. Económicos	Ambiente Físico	Fé/Deus	Outros
E02	⊗⊗⊗	⊗⊗	○	○	⊗⊗	⊗⊗	⊗⊗	⊗	⊗⊗
E1	⊗⊗⊗	⊗	⊗	⊗⊗	⊗	⊗⊗	○	⊗⊗	
E7	⊗⊗⊗	⊗⊗	⊗	⊗	⊗⊗	⊗	⊗	⊗	
E2	⊗⊗	⊗⊗	⊗⊗	⊗		⊗	○	⊗	
E01	⊗⊗	⊗⊗⊗	⊗	⊗⊗	⊗				⊗
E11	⊗⊗	⊗⊗⊗	⊗⊗	⊗⊗	⊗⊗⊗	⊗	⊗	○	⊗⊗
E5	⊗⊗	⊗⊗	⊗⊗	○	⊗⊗	⊗⊗⊗	⊗⊗	-	⊗
E13	⊗⊗	⊗⊗⊗	⊗⊗⊗	⊗⊗⊗		○	⊗		⊗⊗
E6	⊗	⊗⊗⊗	⊗⊗	⊗	⊗	⊗⊗	⊗	⊗⊗	⊗⊗⊗
E9	⊗	○	⊗	⊗⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗⊗
E10	⊗	⊗⊗	⊗		⊗	⊗⊗	⊗	⊗⊗	⊗⊗⊗
E3	⊗	○	⊗⊗	○	○	○	○	⊗⊗	⊗⊗⊗
E8	⊗⊗⊗	⊗	⊗	○	⊗⊗⊗			⊗	⊗⊗⊗

Legenda: ⊗⊗ Muita convicção influência ⊗ Convicção infl. ○ Ref^a. mas não muito clara/convicta; ⊗ Convicção não infl.
⊗ Categoria/factor central ⊗ Categoria/factor importante
-Constel. 1 -Constel. 2 -Constel. 3 (Entrevistados/Categorias Determ. mais representativos)

Padrões?

• **Constelação 1: ‘Culpa & Castigo’ ou Acaso? - Incerteza...**

“ninguém tem culpa de ter menos saúde. Acho eu, não sei”

Como se viu, todos os entrevistados apontam ou reconhecem, ao longo da entrevista, mais do que um factor determinante da saúde (ou da doença) e também a possibilidade de alguma forma de influência dos indivíduos sobre a sua saúde (ainda que de amplitude porventura reduzida). A maioria parece aliás perfilhar um reportório de explicações razoavelmente fluído e rico - ainda que podendo não aparentar muita coerência ou estruturação/sistematização - sobre estas matérias. Há excepções, no entanto, e nalgumas entrevistas dir-se-ia que predomina uma postura de incompreensão/ desconhecimento sobre o que poderá influenciar a saúde. Será mais claramente o caso de E3 e E9, que o afirmam directamente (“Não sei porque é que as pessoas são saudáveis” - E3; “Eu sei lá... (pausa) sei lá, sei lá” - E9) e tendem de facto também a produzir relativamente poucas elocuções expressando reconhecimento de influências neste domínio; acresce que, como adiante se verá (ver C.3), a expressão da possibilidade de controle sobre a sua própria saúde é também reduzida.

⁷⁹ A Figura 01-III representa uma tentativa de classificação da convicção e centralidade que cada categoria de determinantes parece assumir para cada um dos entrevistados, agrupando as situações que se assemelham quanto ao tipo de explicação que se destaca como o mais valorizado.

Outras duas entrevistadas E10 e E8⁸⁰ poderão aproximar-se deste “subgrupo”, quer por expressões de perplexidade (ainda que mais circunscrita), já atrás ilustradas, quer por manifestarem impotência para modificar a sua situação de saúde - em resposta à pergunta 14, sobre se as pessoas podem fazer algo para melhorar a sua saúde:

Eu acho que não (E8); Eu se pudesse fazer alguma coisa para me poder manter com mais saúde fazia (E10).

Curiosamente é em 3 destas entrevistas (E3, E9, E10) - juntamente com uma outra (E6), ainda que aí com apresentação um pouco diferente - que surge um “tema” que se designou por “culpa & castigo divino” (ver Caixa). Assim os dois casos apontados de afirmação de desconhecimento do que determina a saúde (E3, E9), levantaram também, logo de seguida - ainda que para a negar⁸¹ - a hipótese da doença ser responsabilidade (‘culpa’) do indivíduo, mas envolvendo uma conotação moral e provável intervenção divina (‘castigo’)⁸². O mesmo tema está também presente em E10 - neste caso elicitado por uma questão relativa ao papel da sorte/azar na determinação da saúde. Uma possível interligação destas noções de culpa/intervenção divina e acaso/(incerteza) no quadro conceptual/explicativo da saúde destas entrevistadas é reforçada pelo facto de E3, noutro ponto da entrevista, justificar a sua (grave) situação de saúde como algo que “calhou” (na sequência da exclusão, para o seu caso pessoal, de uma outra hipótese explicativa - os “vícios”):

Eu nunca tive esses, graças a Deus: nunca fumei, nunca tomei... não tive... esses vícios. Isso dá cabo da saúde.

Bem... calhou! (suspiro) calhou - E3

Também na 4ª entrevista em que está presente este mesmo tema da “culpa” - E6 (que ao contrário dos entrevistados acima destacados não dá sinais de escasso conhecimento e/ou controle sobre os determinantes da saúde) - ela surge associada/como alternativa à ideia de “pouca sorte”, sendo que neste caso a entrevistada mantém em aberto a possibilidade de uma causalidade “moral”.

Culpa & castigo divino

Não sei por que é que as pessoas são saudáveis () têm saúde, é porque Deus lhes dá saúde, ninguém tem culpa de ter menos saúde. Acho eu, não sei! - E3

Eu sei lá... (pausa) sei lá, sei lá. () Pois as pessoas que estão doentes não têm culpa de estarem doentes, pois não? -E9

Eu acho que cada um é como é. Não, não, não vou culpar agora Deus de me dar o castigo de eu ser doente [...]

Mas que mal fiz eu a Deus para ser tão castigada – há quem diga isso. Mas eu não digo. - E10

Ai eu não sei se é a pessoa que faz por isso⁸³, se é mesmo pouca sorte que a pessoa teve. - E6

Não fica evidente na leitura dos dados como e porquê se interligam nas concepções dos entrevistados estes temas de culpa/castigo, acaso, incompreensão (e em parte impotência)... - para além da implicação de todos eles se afastarem da ideia de um controle sobre a saúde. Simplesmente se observa estarem claramente presentes em 3 entrevistas (E3, E10, E9) e, parcialmente pelo menos em mais 2 (E6, E8).

Outra constatação que poderá ser de reter é que neste grupo se concentram os entrevistados com auto-avaliação de saúde negativa⁸⁴, incluindo também aqueles maiores restrições funcionais⁸⁵, bem como os com mais baixo nível educativo⁸⁶.

⁸⁰ Em todo o caso, tanto esta entrevistada como em especial E3, manifestaram significativas dificuldades em responder a muitas das questões colocadas - que foram assim também mais abreviadas nestas entrevistas, tendo tido portanto menos oportunidades e estímulo à apresentação de explicações.

⁸¹ E3 acaba por reter afinal uma explicação da saúde em termos de intervenção de Deus - embora não da ordem da culpa/ castigo.

⁸² Na afirmação de E9 nada indica directamente que a culpa seja de facto “moral” e a consequência devida a interferência divina; no entanto a referência noutro ponto da entrevista a “Deus me deu este castigo” (a propósito de ficar viúva/sozinha) leva a admitir que essa seja uma hipótese aceitável.

⁸³ A continuação do depoimento, com referência a “maldades” que fazia em pequena porque ainda “não sabíamos o que fazíamos” - “mas quem era pior do que nós era quem” incentivava, aponta no sentido de poder estar a falar de retribuição de “culpas” em termos morais.

⁸⁴ E02 e E13 são outros entrevistados que se auto-avaliam como não saudáveis que não estão neste grupo - este último aproxima-se no entanto dele um pouco no plano da incerteza quanto ao que influencia a saúde, expressa em mais de um ponto do seu testemunho. A excepção contrária é E9, aqui incluída, mas que não se considerou expressamente não saudável.

● **Constelação 2: ‘A força da mente’ - Voluntarismo**

“tens que lutar!” “Parar é morrer”

Poder-se-á talvez reconhecer um outro subgrupo de depoimentos identificados pela centralidade que atribuem ao que se poderá designar como a “*força da mente*” - ou seja no essencial os factores incluídos na categoria de “Determinantes Psicológicos e Estratégias de Coping” que tendem a surgir juntos. A ideia aqui implicada é a de que, em boa medida, a saúde é uma questão de “*Lutar/Reagir*” para fazer face a dificuldades objectivas (doenças, “desgaste”, etc.) e aos “*Maus Pensamentos*” (preocupações, pessimismo, nervos); tal envolve sobretudo “*Fazer*” uma série de actividades (do simples não ficar na cama, às tarefas quotidianas e outras ocupações e passatempos) que servem para “*Distrair/ocupar*” (“*Não pensar*”) e até “*Aliviar*” a mente e/ou mais basicamente para “*Mexer/Não parar*” (porque “*parar é morrer*”).

Exemplos mais característicos deste tipo de pensamento são E7, E1 e E02. Mas ao passo que as duas primeiras se descrevem como lutadoras, com força de vontade e/ou coragem face aos problemas, a última considera igualmente que em termos de saúde o essencial é “*ir em frente*”, “*deitar para trás das costas*” as preocupações, etc. - mas reconhece que ela própria não o consegue fazer. Também E2 se enquadrará neste grupo, embora neste caso o principal factor visto como determinante da saúde pareça ser a componente de acção: “*Fazer*”, não parar, “*pois se uma pessoa se estiver a mexer (vai escapando)*” - mas a entrevistada salienta igualmente “*parar eu não quero*” e “*tenho força de vontade para me levantar!*” contemplando pois também a vertente volitiva desta constelação.

Como se viu, todos os outros entrevistados reconhecem pelo menos um dos elementos deste tipo de explicação da saúde (seja pela negativa - p. ex. o impacte prejudicial das preocupações, ou pela positiva - p. ex. a importância de se distrair ou ocupar), e alguns parecem mesmo atribuir-lhe significativa importância (E01, E11, E8, E5, E13, E9). Porém, atendendo à relevância relativa que aparentam assumir outros tipos de lógica/determinantes no seu pensamento sobre saúde, afastar-se-ão do subgrupo de 4 entrevistados acima identificados.

Quanto a outras características das pessoas que integram este subgrupo, não é possível identificar nenhuma como mais homogeneamente presente ou claramente distintiva face aos demais entrevistados: nem em termos de nível educativo, rendimento ou actividade profissional, nem em termos de situação e auto-avaliação de saúde⁸⁷. Poderá, mesmo assim, ser de assinalar que todas estas entrevistadas frequentam instituições, incluindo dois dos três participantes pertencentes à Universidade da Terceira Idade.

● **Constelação 3: ‘Abusos, Cuidados e Cautelas’ - Conformismo**

“a saúde é também cautela que a gente tenha” “Faço aquilo que os médicos me mandam fazer”

Ainda que definido inicialmente por exclusão (i.e., menos proximidade) face às outras duas constelações, o subgrupo de entrevistados restantes parece ter alguns aspectos tendencialmente comuns. Destaca-se sobretudo a centralidade explicativa que assumem os comportamentos /estilos de vida (ênfatisados nomeadamente por E6, E01, E13, E11 mas também E5), conjugada em geral (com uma excepção - E01) com a importância atribuída aos cuidados médicos e/ou medicamentosos. As concepções leigas deste subgrupo, ao valorizar tais categorias de determinantes, aproximam-se pois, nas suas linhas gerais, das explicações oficiais mais divulgadas, ou seja de um modelo de saúde biomédico e comportamental. Demonstram nesse sentido uma maior conformidade com a “autoridade” nestas questões.

Não se identificaram outras características comuns e/ou distintivas do conjunto destes entrevistados; poderá assinalar-se em todo o caso - sem daí inferir quaisquer conclusões... - que, abrangendo quase metade deles, inclui: todos os homens que participaram no estudo; as três pessoas que colocaram em primeiro lugar, como factor de qualidade de vida, queixas de ordem económica; tanto indivíduos com

⁸⁵ Mais uma vez a excepção é E9 (que manifesta menos limitações e problemas de saúde - física pelo menos - do que os restantes do grupo); e inversamente E1, não incluída aqui mas com significativas limitações funcionais.

⁸⁶ Mais especificamente, inclui os dois casos que não têm a escolaridade obrigatória e não inclui nenhum dos 4 com escolaridade superior a esse nível (4 anos).

⁸⁷ Para além do facto, já identificado, de não incluir os casos mais extremos, no pólo negativo, em termos educativos e de saúde (que se concentram na “constelação 1”), observa-se relativa diversidade nas situações incluídas neste subgrupo.

poucos problemas de saúde, como outros com histórias clínicas complicadas - mas nenhuma das pessoas com limitações físicas ou problemas psicológicos mais marcados.

C.2.4. Discussão

A saúde parece constituir um tema relevante para os entrevistados, sobre o qual possuem em geral uma diversidade de informações, ideias, explicações - ainda que tais concepções não estejam aparentemente muito articuladas e constituam um domínio multifacetado e pouco estruturado, em que causa, consequência e manifestação se podem confundir e até as fronteiras entre o que é do foro da saúde, do bem-estar (ou da vida em geral...), tendem a ser difusas. A variabilidade nas concepções individuais será a regra - embora também se detectem algumas linhas de maior convergência no pensamento, pelo menos entre subgrupos de participantes.

2.4.1. O Conceito de saúde: Definição e avaliação de saúde⁸⁸

Os dados analisados revelaram as dificuldades que, de uma forma geral, os entrevistados têm em apresentar uma definição de saúde - ou mesmo um juízo claro/unívoco sobre o seu próprio estado de saúde. Tal dificuldade parece porém não se ficar a dever a eventual falta de pregnância ou “esterilidade” do tema, já que ao longo das entrevistas a maioria produz várias afirmações a ele associadas. A diversidade desses conteúdos é sugestiva quanto à complexidade - e relativa heterogeneidade - das concepções subjacentes, bem como à possível implicação de vários factores e processos na sua “construção”. Foi particularmente ilustrativa dessa complexidade, a análise das auto-avaliações de saúde (maioritariamente “intermédias”, com frequência ambíguas e não reflectindo de forma linear, directa, aquilo que se sabe sobre a situação “objectiva” de saúde) e das justificações que as acompanham (envolvendo em muitos casos vários mecanismos e critérios, na aparência até contraditórios e idiossincráticos). A análise dos depoimentos levou a formular hipóteses quanto à influência nesse processo de diversas características e circunstâncias (pessoais e externas) e à possível implicação de estratégias visando a manutenção do bem-estar psicológico e conformidade com normas/ expectativas socioculturais.

Importa preliminarmente lembrar que os estudos nesta área têm verificado que o contexto específico das questões colocadas é relevante para a natureza das concepções leigas (Blaxter, 1997; Popay *et al.*, 2003). Blaxter salienta que será, por exemplo, diferente:

- discutir saúde ou doença (conceitos que não serão simples opostos, sendo o primeiro mais inclusivo);
 - partir de doenças medicamente definidas (o que tenderá também a evocar explicações/*accounts* mais conformes ao modelo médico e ao discurso dominante em promoção da saúde); da doença como conceito geral (que pode ser difícil, por as pessoas tenderem a diferenciar categorias de problemas); ou ainda da saúde em termos abstractos (que parece remeter para representações diferentes, muitas vezes mais holísticas e “moralistas”);
 - abordar a saúde da sociedade em geral ou o caso pessoal do participante (invocando-se então a sua biografia e, mais claramente ainda os processos de construção / apresentação de identidade subjacentes).
- Mas a mesma autora aponta simultaneamente como é muitas vezes especialmente difícil estabelecer essa distinção em situação de entrevista, dada a facilidade com que os participantes mudam de contexto. Isso mesmo sucedeu com os testemunhos obtidos, acrescido do facto de a análise abarcar conteúdos que surgiram em resposta a questões distintas.

Apesar do risco de imprecisão que daí necessariamente resulta, pode-se apesar de tudo clarificar que o contexto genérico das entrevistas está centrado na discussão da saúde e não da doença, com todas as perguntas orientadas nesse sentido, e sem que os entrevistados, em geral, introduzam inflexões de fundo nessa tendência.

⁸⁸ Discutindo-se aqui o conceito de saúde subjacente às auto-avaliações de saúde e às definições formuladas pelos entrevistados, lembra-se, no entanto, que aspectos relativos à importância/valor atribuído à saúde e entendimentos sobre o que a determina e como pode ser influenciada, focados nas secções antecedente e subsequentes, são igualmente relevantes para uma visão mais global do conceito “leigo” de saúde.

Já quanto à centração no caso pessoal por contraponto a uma perspectiva mais ‘universal’, a situação é mais variável; mesmo assim verificou-se, de modo geral, uma tendência vincada para respostas em termos pessoais. Estas potenciais ambiguidades nos dados analisados deverão ser tidas em mente na discussão - bem como a possibilidade de serem ponto de diferença relativamente a outros estudos de concepções leigas na área da saúde.

a) Características gerais

Uma primeira verificação de fundo relativa ao **conceito de saúde** emergente dos depoimentos - a partir da análise não só das respostas ao pedido directo de definição, mas também de outras afirmações relevantes encontradas nas entrevistas e confirmado ainda pelos critérios/justificações envolvidos na auto-avaliação de saúde - é que não há uma definição homogénea e única de saúde. Antes se encontram referências a diversas facetas do conceito, quer entre entrevistados diferentes, quer num mesmo testemunho.

Esta variabilidade, complexidade e natureza multifacetada do entendimento leigo de saúde é convergente com o habitualmente verificado na literatura nesta área (v.g. Benyamini *et al.*, 2003; Damron-Rodriguez *et al.*, 2005; Hughner, Kleine, 2004). De resto, o permitir a expressão das “*complexities e contradictions which more truly represent ideas about health*” é uma das vantagens que M. Blaxter (1997, p. 748) associa ao recurso a metodologias qualitativas/ questões abertas nesta área de pesquisa. A convocação de vários factores e temas, justapondo inclusive alguns aparentemente contraditórios, parece pois ser característica da forma como as pessoas pensam sobre a saúde.

Outra observação genérica resultante do presente estudo é a presença nestas definições leigas de perspectivas não só negativas ou patogénicas (como é característico de um modelo biomédico), mas também positivas - conclusão igualmente apoiada pela revisão de literatura de Hughner e Kleine (2004). Confirma-se pois, repetidamente, que as pessoas podem ter um entendimento da saúde que vai além do evitamento da doença.

b) Três componentes das definições de saúde

- Em qualquer caso, a (ausência) de **doença** é uma das componentes identificadas nas definições de saúde dos entrevistados do presente estudo, assim como nos critérios usados para avaliação do seu próprio estado de saúde. Entre os estudos revistos por Hughner e Kleine que se depararam com este mesmo tema, inclui-se um em que alguns respondentes, um pouco à semelhança do verificado com os idosos portugueses, introduzem uma salvaguarda relativa a certas doenças “menores”, as quais não implicariam deixar de ser saudável (Calgan, 1987 - citado em Hughner e Kleine). Também na já mencionada investigação de Damron-Rodriguez *et al.* aparecem menções quer à doença, quer ainda a aspectos próximos, de sintomatologia e de necessidade de recorrer a cuidados médicos - outros dos componentes encontradas no presente estudo. Relativamente à dor, um dos aspectos referidos no presente estudo, por vezes como algo inevitável da idade e não incompatível com o ser saudável, aparece também noutros trabalhos (v.g., Fee *et al.*, 1999). Ressalve-se, no entanto, que situações de cor crónica e não controlável (existentes nesse estudo mas não entre os entrevistados portugueses) tendem já a associar-se a auto-avaliações de saúde negativas.

Mas mesmo neste plano, ao mesmo tempo que parece confirmar-se a presença significativa de uma “definição biomédica de saúde, o paradigma profissional prevalecente” (Hughner, Kleine, *ob. cit.*, p. 406, trad. pr.), parecem encontrar-se igualmente sinais de “divergência” face a ela. Não só porque, como se viu, poucas vezes as concepções implícitas nos depoimentos individuais se restringem a esta componente única. Mas também pelos significados próprios que se antevê serem atribuídos a vários tipos de doenças e aos riscos/gravidade que as pessoas lhes associam. Não dispondo de material suficiente para aprofundar esta questão, parece ser mesmo assim de apontar, como possibilidades sugeridas pelos dados, que:

- aspectos mais valorizados pelos profissionais (e políticas) de saúde, como o risco de mortalidade associado às patologias, não serão necessariamente coincidentes com os priorizados pelos indivíduos;

- os próprios indivíduos não só tenham critérios pessoais sobre a importância e atenção que atribuem às várias doenças, como os “actualizem” em função de alterações nas suas circunstâncias actuais e experiências acumuladas;
- as consequências mais visíveis da patologia em causa, em termos nomeadamente de sintomatologia, cuidados que exige e restrições que impõem à vida quotidiana, sejam algumas das vertentes frequentemente valorizadas pelas pessoas.

A investigação que se debruça sobre o tipo de critérios /atributos usados no contexto mais específico da auto-avaliação da saúde, chama porém a atenção para uma outra perspectiva sobre esta questão. Poderá haver uma associação entre o tipo de definição de saúde e a tendência para fazer auto-avaliações mais ou menos favoráveis. Idosos com definições mais estritamente biomédicas, focadas em sintomas e doenças tenderão a subavaliar a sua saúde, enquanto definições mais inclusivas, com critérios diversificados parecem associar-se a auto-avaliações mais positivas (Idler *et al.*, 1999; Silverman *et al.*, 2000). Não sendo possível, no presente estudo, destrinçar estes dois tipos de situação importará reter tal hipótese e suas potenciais implicações, já que *“perceptions of global health status are consistently evidenced to impact subsequent health and disability”* (Boardman, 2004, p. 2531).

• Retomando os resultados obtidos, a “doença” não é, de qualquer modo, como se viu, a única dimensão da definição de saúde dos entrevistados. Uma outra componente do entendimento de saúde muito frequentemente presente nos depoimentos - deste e de outros estudos (v.g., Bryant *et al.*, 2001; Damron-Rodriguez *et al.*, 2005; Fee *et al.*, 1999; Hughner, Kleine, 2004; McKague, Verhoef, 2003; McMullen, Luborsky, 2006; Torsch, Ma, 2000) é a possibilidade de realizar actividades/ funcionar. Conotada com capacidade funcional e com independência, o valor atribuído pelos entrevistados a esta vertente é já amplamente reconhecido na perspectiva dos profissionais ligados em especial aos cuidados a idosos (e outros doentes crónicos ou pessoas com dependência).

No entanto, a investigação em torno da noção de *“healthy aging”* realizada por Bryant *et al.* (2001) capta uma *nuance* - que parece reflectir algo também subjacente a depoimentos do presente estudo - e que se afasta afinal, ou se opõe mesmo, a essa visão técnica mais ortodoxa. É que, para os entrevistados nessa pesquisa, *“going meant more than the mobility and doing more than the physical function”* e assim *“getting around and doing things equates with health, as opposed to the biomedical view that being able to go and do results from health described as the absence of disease or functional deficits”* (*idem*, p. 932). Estes autores propõe então a noção de **“Indo e Fazendo/going and doing”** como elemento central na descrição da saúde no modelo de “envelhecimento saudável” que emerge das entrevistas realizadas⁸⁹.

Seja ou não tomada como ideia central ou mesmo definição última de saúde, é em qualquer caso indubitável, também nos testemunhos recolhidos no presente estudo, a grande riqueza de significados e implicações associadas à noção de poder *ir/fazer*:

- desde o ênfase na ideia de que *“parar é morrer”* (ver também análise dos determinantes da saúde) e que efectivamente parece equacionar *“going and doing”* com a própria essência da vida;
- até à afirmação de identidade (trata-se de fazer *“as minhas coisas”*; *“a minha vida”*) e de autodeterminação⁹⁰, dir-se-ia, expressa na ideia de poder fazer-se *“à vontade”*, *“quando (se) quer”*;
- passando pelas mais óbvias consequências no assegurar da subsistência sem necessidade de apoio.

Por outro lado, os testemunhos recolhidos no presente estudo, sugeriam que há, também neste domínio, variações entre indivíduos (e porventura para cada pessoa em função da alteração das suas circunstâncias), quanto às actividades/capacidades valorizadas para a (definição/auto-avaliação da) saúde. Esta componente de subjectividade, que, de novo, sublinha - no mínimo - a insuficiência de uma

⁸⁹ Outros elementos do modelo são consequentemente vistos como contribuindo, pela positiva ou negativa, para esse *“going and doing”* - sinteticamente, os autores falam de “algo para fazer”, “capacidade/ability”, “recursos sociais” e “atitude” como alguns dos componentes (interrelacionados) principais.

⁹⁰ Hughner e Kleine identificam nalguns estudos o tema de “saúde como liberdade” resultante da “capacidade de ‘fazer’” que permite. Distinguem-no do tema, anteriormente referido, que remete para a possibilidade de realização das tarefas ou funções diárias, porque irá além delas - já que aqui “fazer” significa “viver” (2004, p. 408).

perspectiva estritamente técnica sobre estas matérias, é também indiciada noutras investigações por recurso a qualificativos dessa definição funcional da saúde do tipo: “Indo e Fazendo” - “*algo com significado/meaningful*” (Bryant *et al.*, 2001); “Capacidade de Funcionar” - “*de acordo com as expectativas do próprio*” (McKague, Verhoef, 2003). E ainda porque, apesar de poder surgir, mesmo num estudo englobando diversos grupos étnicos, como o de Damron-Rodriguez *et al.* (2005), como a categoria mais pregnante para a maioria dos idosos participantes, a tentativa de assumir a sua universalidade é desaconselhada, por exemplo, pelo estudo intercultural de Torsch e Ma (2000) - onde se destaca como importante para os idosos “Chamorro” incluídos, mas não para os Chineses.

- Finalmente, como se viu, definições de saúde formuladas expressamente em termos mais **abstractos, abrangentes e/ou positivos** são mais raras, na presente pesquisa, se bem que não inexistentes - como sucede também com as definições multidimensionais remetendo explicitamente para outros domínios que não o físico e, eventualmente, psicológico.

Põe-se em todo o caso a hipótese de essa relativa ausência ser talvez mais aparente do que absoluta - já que termos que na linguagem “académica” mais habitualmente se equacionam com esse tipo de definições (como a referência a “bem estar” - ou a “equilíbrio”, por exemplo, como na revisão de Hughner e Kleine, 2004) podem não se enquadrar no discurso de boa parte da população idosa portuguesa ⁹¹. Hipotetiza-se que, em contrapartida, expressões bem mais comuns (algumas até ‘frases feitas’), como a “saúde é um bem”, possam porém aproximar-se, em certa medida, desse sentido mais abstracto e essencial de saúde positiva. Os dados do presente estudo são, como se viu, compatíveis (mas de modo algum taxativos) com a associação preferencial de alguns tipos de definições com determinados níveis educativos, o que poderia vir em apoio desta ideia.

c) Factores e mecanismos influentes na definição/avaliação da saúde

Em qualquer caso é altamente provável que um tal tipo de associação, existindo, tenha reflexos não só na expressão e organização do discurso dos entrevistados, mas também, de facto no próprio plano conceptual - i.e., na preferência e valoração diferencial de certos grupos sociais face a determinados tipo de definições (e explicações) da saúde. Têm em particular sido repetidamente observadas diferenças em função da classe social. Por exemplo, no estudo de Blaxter (1983 - citado em Hughner, Kleine, 2004), com mulheres idosas, as da classe trabalhadora recorriam com mais frequência a uma definição funcional da saúde; no mesmo sentido irão os resultados da série de pesquisas clássica de d’Houtaud e Field (1984, 1986 - citados em Blaxter, 1997), verificando que “para as classes média e alta a saúde era definida em termos de equilíbrio e desenvolvimento pessoal, enquanto para os trabalhadores manuais, urbanos e rurais, era valorizada em termos funcionais” (Blaxter, 1997, p. 751, trad. pr.).

A literatura torna aliás patente a influência de uma diversidade de **factores** na percepções leigas da saúde e da doença. Na revisão de artigos sobre este tema, publicados nos 25 anos de história da revista “*Sociology of Health and Illness*”, Lawton (2003) nota a evolução de um foco mais estrito nos significados *per se*, para uma atenção crescente ao papel de uma ampla gama de influências micro e macro-contextuais na forma como a saúde/doença são experienciadas e definidas ⁹².

Importa não interpretar esta influência de factores externos somente num sentido unilateral, determinista, negando o papel activo/agência dos indivíduos na construção das percepções. É a este propósito particularmente interessante a noção de (re)construção narrativa, de Williams, associada à forma como as pessoas explicam a (sua) doença, dando-lhe sentido e realinhando assim “presente e passado e *self* e sociedade”

⁹¹ M. Blaxter a propósito, nesse caso, da investigação sobre as explicações leigas da saúde, relembra: “*in discussing different ideas about cause among social groups are researchers merely recording different readiness to discuss abstract concepts, or different response to the research situation? Most authors of qualitative studies comparing social classes have to admit this possibility*” (1997, p. 755).

⁹² Para além da já referida relevância da classe social, exemplos de outros dos factores abordados nessa revisão são: o contexto histórico e sociopolítico dominante; as expectativas sociais, normas e estereótipos; os recursos disponíveis/obstáculos (relacionais, institucionais, etc.); a um nível mais micro, a idade, estágio da vida, a experiência acumulada e biografia individual, etc..

(Williams, 1984, p. 197, citado em Lawton, 2003, p. 27) e de como o processo de definição de identidade pessoal aí implicado progride de forma reflexiva e contingente com base num “ciclo interminável de apreciações e reapreciações biográficas” (Williams, 2000, p. 75, citado em Lawton, 2003, p. 29, trad. pr.).

Ainda que a natureza do presente estudo não permita a exploração adequada deste tipo de factores e questões, algumas, em contrapartida, poderão ser relevantes para hipóteses avançadas na análise dos dados, em particular no que concerne à componente de idiossincrasia/subjectividade patente na forma como as pessoas auto-avaliam a sua saúde.

Estes vários trabalhos apontarão ainda para uma ideia de fundo, que virá confirmar e aprofundar o que a análise dos depoimentos indiciava: **a perspectiva dos indivíduos sobre a (sua) saúde/doença não é “neutra”** nem fundada só em conceitos/ informações/ critérios genéricos e abstractos. Pelo contrário, estreitamente interligada com o processo (contínuo) de construção de identidade, adquire sentido e, mais ainda, procura dar sentido, ao contexto geral da sua vida e da sua forma de entender o mundo. Retomando o trabalho de J. Lawton, destaque-se, em particular, a sua síntese quanto às “*sobreposições e natureza interdependente de corpo, self e sociedade, bem como presente e passado*” e à consequente importância de atender ao “*momento, contexto e biografias individuais para entender as formas complexas e frequentemente variáveis como as pessoas experienciam e ‘vivem com’ a doença*” (2003, p. 27, trad. pr.). Esta ideia geral parece adicionar corpo à hipótese de que também a auto-avaliação de saúde deva ser encarada como fortemente interrelacionada com **o contexto de vida** das pessoas, num duplo sentido.

Influência de factores contextuais na auto-avaliação da saúde

Tal literatura apoiará a noção, sugerida na análise dos dados obtidos, de possíveis variações na forma de perceber/ experienciar a saúde/doença determinadas por circunstâncias várias (pessoais, mas também macro-contextuais). Uma influência de nível mais macro reflectir-se-ia, por exemplo, no peso que se antevê terem os estereótipos e expectativas dominantes sobre o envelhecimento na forma como vários entrevistados encaram o seu estado de saúde⁹³. Num nível mais proximal, remete para a possibilidade sugerida pela análise dos depoimentos, de que a visibilidade/peso relativo que as doenças, limitações funcionais, etc. assumem para o indivíduo sejam afectados por aspectos como estado de saúde geral e experiência anterior de vida de cada um, evoluindo com estes.

A questão de influências do contexto mais amplo na forma como se auto-avalia a saúde, tem merecido especial atenção devido às diferenças – em que possivelmente Portugal se destaca no plano europeu (v.g., Haveman-Nies *et al.*, 2003) - encontradas nos estudos quantitativos que recorrem ao indicador /item de auto-avaliação global de saúde para comparar resultados em diferentes países. Explorando especificamente tais diferenças em idosos europeus, o estudo SHARE conclui que uma “*part of the cross-country variation in self-reported health must be attributed to differences in reporting styles*” (Jürges, 2005, p. 101) e o projecto CLESA-Comparison of Longitudinal European Studies on Aging, propõe como uma das possíveis explicações para as mesmas “*there may also be differences in how people from different cultures evaluate their health, i.e. how they take different health issues into their global evaluations*” (Bardage *et al.*, 2005, p. 156). Silverman *et al.* (2000) procuraram aprofundar os processos cognitivos envolvidos na avaliação do estado de saúde, junto de idosos com doenças crónicas, provenientes de contextos culturais e raciais distintos. Entre as conclusões desta investigação qualitativa destaca-se a de que parece haver influência, nesses processos e juízos, de factores sociais e culturais, bem como da história pessoal de saúde ao longo da vida (por sua vez também influenciada por determinantes sociais), e que os processos cognitivos envolvidos, de assinalável complexidade, tenderão a modificar-se à medida que evolui a própria experiência da doença. Trabalhos de autores citados por J. Lawton (2003) exploram precisamente alguns aspectos que podem ser relevantes para a interpretação dos diferentes significados e pesos atribuídos à doença em função de circunstâncias pessoais distintas. Sugerem, por exemplo que, em certas condições, o aparecimento de uma doença crónica pode ser vivido como uma “disrupção biográfica”, envolvendo uma nova consciência

⁹³ Este aspecto será mais especificamente abordado no âmbito da discussão da “Idade” como determinante percebido da saúde.

do corpo e da fragilidade da existência que obriga a repensar a biografia e auto-conceito (Bury, 1982), sendo inclusive susceptível - quer pelo sofrimento directo que acarreta, quer pelas repercussões noutras áreas da vida - de levar a uma “perda do Self” (Charmaz, 1983). Mas tal não é sempre o caso. Por exemplo, quando surge em pessoas mais velhas, uma dada patologia (como a osteoartrite, num estudo, citado, de Sanders *et al.*, 2002) pode ser encarada como um evento “biograficamente antecipado”, causando muito menos disrupção do que sucede em sujeitos mais novos. E em indivíduos já sofrendo de multimorbilidade, restrições e/ou uma série de outras fontes de dor, sofrimento e incerteza ao longo de vidas difíceis - como acontecia com os casos de enfarte em idosos, estudados por Pound *et al.* (1998) -, a doença pode ser percepcionada como uma “crise normal”. Ao limite, a experiência da doença pode mesmo ser vivida como um “reforço biográfico” - como ilustrado pela situação em que a infecção por VIH “prova a fatalidade de ser hemofílico”! (Carricaburu, Pierret, 1995, p. 81, citados em Lawton, 2003, p. 29, trad. pr.).

Outra linha de investigação - a do bem-estar subjectivo - vem ainda em apoio da hipótese formulada quanto a um mecanismo mais específico através do qual a experiência individual de doença conduziria a alterações no entendimento e avaliação da saúde. Os dados obtidos sugeriam um eventual factor de “habituação” à situação de doença, sintomatologia, etc., envolvendo provável perda de visibilidade/ importância vivenciado com o passar do tempo, que poderá corresponder ao fenómeno que tem sido descrito como “adaptação hedónica”. Esta envolve a tendência, repetidamente encontrada na investigação, para as pessoas rapidamente adaptarem o seu nível de bem-estar /felicidade, após uma inicial subida ou descida decorrente de novas circunstâncias ou eventos (v.g. Lyubomirsky *et al.*, 2005).

Existem pois múltiplas pistas na literatura para interpretação das idiossincrasias e subjectividade patentes na forma como os entrevistados avaliam a sua própria saúde, como expressão de reacções, dir-se-iam relativamente “passivas”, a circunstâncias /trajectos /contextos de vida.

Uma “estratégia activa” de auto-avaliação da saúde

Um segundo ângulo de análise da interrelação entre a avaliação de saúde e o contexto de vida das pessoas, algo distinto⁹⁴ no papel mais activo que atribui aos indivíduos e “utilidade” que associa às suas percepções, sublinha a ideia de que a própria avaliação de saúde seja, por sua vez, instrumental na definição da identidade (e interpretação da realidade) das pessoas. Este aspecto é muito expressivamente explorado na recente investigação de McMullen e Luborsky (2006) que, ao debruçar-se sobre a auto-avaliação de saúde das pessoas idosas, sugere que ela integra um processo cultural de formação de identidade⁹⁵ - central nas idades avançadas, face aos riscos de disrupção e erosão de identidades envolvidos no envelhecimento e perda de saúde. Na sua pesquisa etnográfica é estabelecida uma distinção entre dois tipos de significados - que parece também proveitoso aplicar aos dados obtidos no presente estudo: para além dos traços/critérios de saúde empregues na auto-avaliação⁹⁶, detectam também o recurso a “racionais” que guiam a construção da apreciação. Estes últimos, vistos como instrumentos complexos, de base cultural, incluem estratégias comparativas (algumas idênticas às usadas pelos entrevistados portugueses - do tipo “estou bem, atendendo à idade, etc.” ou “podia estar melhor, podia estar pior”) e outras. Concluindo que o uso que as pessoas fazem destes racionais lhes permite transcender aspectos mais específicos de saúde/doença na formulação da auto-avaliação da saúde, num processo influenciado pela motivação para manter identidades desejáveis, este trabalho parece vir em apoio da hipótese formulada no presente estudo quanto à existência de uma “estratégia” subjacente visando um certo tipo de “resultado” na auto-avaliação da saúde.

⁹⁴ A distinção é sobretudo de ênfase, havendo aspectos em que as duas perspectivas se interligam: por exemplo, as normas culturais influenciarão as percepções, condicionando nomeadamente o tipo de expectativas ou mecanismos de avaliação a que os indivíduos têm acesso (i.e., os “materiais” de que dispõem para as suas apreciações), mas por outro lado, também se podem considerar na perspectiva de constituírem o estímulo/motivação para a adopção de estratégias activas visando construir uma imagem/identidade socialmente valorizada.

⁹⁵ Ou “identidades”, já que as definem como múltiplas, individual e colectiva, pública e privada, produzidas em condições históricas e socioeconómicas específicas, “*the fluid outcomes of ongoing processes that link personal meanings and cultural discourses*” (McMullen e Luborsky, 2006, p. 432).

⁹⁶ No caso, quatro: funcionamento independente; condição física; controle e responsabilidade pessoal; sensação global.

Mais concretamente, aventou-se a hipótese de que o facto de grande parte dos entrevistados avançar auto-apreciações de saúde “intermédias” (“*razoável*”) e ambíguas (“*mas...*”), ou mesmo incluindo aspectos facialmente contraditórios, poderia reflectir duas ordens de fenómenos: em primeiro lugar, a própria complexidade do conceito de saúde que se tem vindo a discutir, e da situação efectiva de saúde cada um⁹⁷; mas adicionalmente, tal ambiguidade/ambivalência poderia espelhar também uma estratégia activa que procuraria precisamente obter um resultado/apreciação global balanceado. Ou seja, dispondo de inúmeros critérios, termos de referência e mecanismos comparativos, que podem ser invocados para (auto-) avaliar o seu estado, o indivíduo iria seleccioná-los, valorizá-los e conjugá-los de modo a construir uma representação que lhe seja conveniente, do ponto de vista da identidade pessoal e social.

Que tal resultado/apreciação de saúde, bem como a forma como é narrado/“publicamente apresentado” seja também, por sua vez, influenciado por normas sociais do que é ou não “adequado” ser e expressar - outra das componentes da hipótese sobre uma “estratégia” activa de auto-avaliação da saúde formulada na análise dos dados - é também apoiado pela literatura descrita. Blaxter reporta que, em geral, a investigação tem verificado que as pessoas preferem, sempre que viável, assumir-se como saudáveis, citando nomeadamente Crawford que fala de “*a strong moral imperative attached to health and the normality of health*” (Crawford, 1984, em Blaxter, 1997, p. 750).

Poderá tal “normalidade” para a população (idosa) portuguesa ser, não taxativamente o assumir-se “saudável”, mas antes o estado intermédio “*razoável*”/“*assim-assim*”?... Indirectamente, o mencionado trabalho de McMullen e Luborsky (2006), parece permitir alimentar esta hipótese, ao detectar a influência nas auto-avaliações dos idosos estudados de discursos culturais sobre, por exemplo, a (im)possibilidade da perfeição e consequências de a assumir, ou, em contrapartida sanções, contra as queixas⁹⁸. Também a já referida perspectiva de “reforço biográfico” (Carricaburu, Pierret, 1995, citados em Lawton, 2003), num quadro de vidas marcadas pela dificuldade como é a de muitos entrevistados (e idosos portugueses), poderia constituir justificação para uma relativa aceitação da falta de saúde: a doença, neste contexto poderia ser entendida como mais uma das provas/fatalidades a enfrentar - talvez até uma confirmação visível e oficialmente sancionada (“*ficou escrito*”- disse uma das entrevistadas...) de uma história (“*identidade*”?) de sobrevivência face à adversidade.

Por outro lado, será talvez oportuno lembrar que o fenómeno de “pessimismo de saúde” descrito a propósito dos afro-americanos, que tendem a avaliar a sua saúde mais negativamente do que os brancos, encontra também correspondência numa morbilidade efectivamente maior desta população (Ferraro, 1993 - citado em McMullen e Luborsky, 2006) - o que poderá ter algum paralelo com a situação comparativa entre (idosos) portugueses e outros europeus por exemplo, a confirmar-se um estilo de resposta mais negativo naqueles. Esse “pessimismo”, tem-se verificado também ter relação com outros aspectos, como a baixa escolaridade e a percepção de tratamento desigual/injusto (Boardman, 2004) - hipóteses que se poderiam igualmente aplicar aos idosos portugueses.

Mas se se afigura incontornável a imbricação destas estratégias de definição/avaliação da saúde - conotadas com processos de construção identitária e de interpretação do mundo -, quer com a realidade “objectiva”, quer com o contexto em que os indivíduos se inserem, elas serão igualmente susceptíveis de leitura num plano mais psicológico /intrap síquico. De entre as possibilidades sugeridas pela literatura destaca-se a associação com a noção de controle percebido – a aprofundar adiante na discussão, já que se articula igualmente com outras vertentes dos dados.

⁹⁷ Com diversos domínios ou formas de definir saúde, cada um deles por sua vez *nuanceado* (p. ex. a funcionalidade/incapacidade tem obviamente graus e as próprias doenças, como se viu, podem ser hierarquizadas quanto à sua relevância para a saúde), a avaliação do ser saudável tenderá a ser ela própria multifacetada e, de acordo também com as conclusões do estudo de McKague e Verhoef, “um continuum mais do que um estado absoluto” (2003, p. 709, trad. pr.).

⁹⁸ Este último aspecto em particular, de uma reprovação social de uma postura de “*queixinhas*” é, como se viu, ilustrado nalguns dos depoimentos obtidos.

2.4.2. Explicações/Determinantes da saúde

Tomando o conjunto das explicações encontradas nos depoimentos sobre o que influencia a saúde (e doença), verifica-se que os entrevistados reconhecem a relevância de um amplo leque de factores, cobrindo boa parte das categorias propostas na literatura científica e no enquadramento teórico do presente trabalho - e outras mais... Nos estudos mais recentes com idosos já citados, a exploração global do entendimento leigo dos determinantes da saúde teve menos ênfase do que outras vertentes do conceito de saúde, mas estudos com outros grupos da população têm resultados convergentes com os aqui obtidos. Por exemplo, McKague e Verhoef (2003), numa pesquisa qualitativa envolvendo clientes adultos (e profissionais), de um centro de saúde, verificaram que aqueles referiam determinantes da saúde enquadráveis em três grandes grupos - sociais, físicos e psicológicos - que apresentavam clara correspondência com várias das categorias constantes no modelo de Evans e Stoddart (1994 - citado em McKague e Verhoef). Também num estudo com mulheres *travellers*, na Irlanda, Hodgins *et al.* (2006) concluem que estas percepcionam as causas da doença como múltiplas e complexas. Assim, também neste plano, parece confirmar-se um entendimento da saúde predominantemente complexo.

a) Quanto ao tipo concreto de determinantes percepcionados pelos participantes no presente trabalho assemelha-se também, na sua maioria, ao detectado na investigação internacional sobre concepções leigas de saúde (ainda que tratando-se de pesquisas com um âmbito mais delimitado ou envolvendo outros grupos da população). É de notar que se, para efeitos de análise, as explicações foram organizadas em termos de factores e categorias, nos depoimentos, embora os determinantes fossem por vezes claramente articulados como tal, com frequência surgiam implícitos, através de relatos ou exemplos retirados da experiência pessoal - tendência também aliás assinalada por McKague e Verhoef (*ob. cit.*).

- Factores psicológicos e estratégias de coping: Se a consistência e frequência com que explicações deste tipo são evocadas pelos entrevistados constitui, à primeira vista, uma surpresa por comparação com a (pouca) expressão que tem nas mensagens de saúde e literatura científica mais difundida, não o será por referência à investigação sobre explicações leigas. Por exemplo, a dependência da saúde face à atitude mental é um dos temas encontrados em participantes de alguns estudos (v.g. revisão de Hughner, Kleine, 2004). Com os idosos envolvidos na pesquisa de Bryant *et al.* também *"attitude emerged as an important, perhaps the most important, contributor to positive perceived health"* - quer em referências a uma atitude positiva, quer ao seu reverso, *"a poor me attitude"* (2001, p. 936), que se aproxima de aspectos do "pessimismo" destacado pelos entrevistados portugueses. Nesse estudo a força de vontade é apontada por alguns como um dos factores envolvidos nessa atitude. Ainda que enquanto atributos da própria saúde (mais do que como determinantes dela), uma atitude positiva e o não se preocupar são aspectos também destacados pelos idosos na pesquisa de Damron-Rodriguez *et al.* (2005). Embora com referência a participantes mais novos, os estudos analisados por Bolam *et al.* conduzem também à identificação do "pensamento positivo" como uma aspecto presente, descrito em termos que se aproxima notoriamente de diversas facetas dos depoimentos aqui analisados - por exemplo: *"Positive thinking is claimed as an activity engaged in, and dependent on the individual's strength of character. Participants present their life situations both as impacting negatively on their health and as providing opportunities to test their resilience and grow stronger. In this way there is a constant struggle to maintain a positive outlook" [...]* *"pharmaceuticals are presented as undermining one's fortitude and ability to cope"* (2003, p. 24). Retomar-se-á adiante a discussão de algumas das possíveis condicionantes e implicações deste tipo de atribuição causal (nomeadamente em termos de controle pessoal e possíveis conotações morais), tanto mais relevantes quanto, como se viu, este parece constituir um quadro explicativo não só frequente mas até preferencial para algumas pessoas.

Outro ângulo interessante - com potencialidades em termos de pistas de intervenção - é a proximidade entre alguns destes factores apontados pelos entrevistados como determinantes da saúde e a mais recente investigação na área da psicologia positiva: incidindo não só sobre os benefícios, já mais explorados, de características/"forças" como o optimismo para a saúde mental e física (v.g., Peterson,

2000), mas também, por exemplo, sobre o papel das “actividades intencionais” para a promoção de aumento sustentado na felicidade dos indivíduos (Lyubomirsky *et al.*, 2005) (cf., Cap. 2- B.2.1.3).

- Práticas de Saúde /estilos de vida: O reconhecimento e valorização deste grupo de determinantes pela maioria dos entrevistados era neste caso mais expectável por coincidir com o conteúdo dominante das mensagens de saúde dos media, profissionais, políticos, etc.. A alimentação sobretudo, mas também o exercício físico e os comportamentos adictivos, entre outras práticas, encontram lugar de relevo nas explicações da saúde/doença dos entrevistados portugueses - como acontece também, genericamente, com os “comportamentos saudáveis” por exemplo nos dois *British Health and Lifestyles Surveys* analisados por M. Blaxter (1997). Esta autora salienta, porém, que não é fácil avaliar em que medida o destaque destes temas resulta em parte de serem percepcionadas como a resposta “correcta” ou adequada - tanto mais que tendem a surgir como especialmente predominantes em perguntas que remetem para a sociedade em geral, mas com menor frequência quando está em causa a história/saúde pessoal. De qualquer modo, Blaxter verifica que muitos indivíduos auto-responsabilizam-se, de facto, pela sua má saúde com base nestas causas comportamentais. Isso mesmo, aliás, havia já verificado num estudo com mulheres idosas, de baixas classes sociais, que se culpabilizam pelos seus problemas de saúde, situação que a autora julga resultante da responsabilização individual veiculada pela mensagens de educação para a saúde (Blaxter, 1983, citada em Hughner, Kleine, 2004). A interiorização desse discurso entre os portugueses é também a conclusão do estudo “Saúde e Doença em Portugal”/SDP (Cabral *et al.*, 2002), no qual, numa pergunta fechada, a opção “levar uma vida saudável (não fumar, não beber, fazer exercício)” se destaca como factor tido por mais influente no estado de saúde das pessoas (39,5% dos inquiridos - com as condições de trabalho e os cuidados médicos a ocupar os lugares seguintes, escolhidos respectivamente por 20,5% e 19,5%). No presente estudo, se a metodologia adoptada não permite tão facilmente avaliar a importância relativa dos factores, o conteúdo das respostas sugere que uma componente de auto-responsabilização e, inclusive, de “culpa” - aplicada ao próprio e, talvez mais frequentemente ainda, a terceiros -, estará de facto subjacente a alguns depoimentos recolhidos.

Igualmente observada foi a associação prioritária deste tipo de factores (com excepção do exercício) à doença e deterioração da saúde, mais do que à sua melhoria - outro aspecto detectado nos Inquéritos Britânicos discutidos por Blaxter (1997), e também compatível com a linguagem “de risco” prevalecente no sector da saúde.

Mas a aproximação genérica ao discurso “profissional” na importância atribuída ao domínio e factores que integra não deve fazer esquecer a importante variabilidade na forma como estes factores são, no concreto, entendidos e valorizados por cada indivíduo particular - sendo porventura uma das categorias em que se torna mais evidente a possível idiosincrasia no tipo e nível (e até na exactidão) dos conhecimentos que as pessoas expressam. Alguns estudos encontraram diferenças entre as classes sociais quanto às crenças sobre questões nutricionais (Calnan 1987, 1990, 1994 - citado em Fee *et al.*, 1999). No presente trabalho não foi possível detectar regularidades dessa natureza, ou outros factores que possam explicar/prever as diferenças marcadas constatadas nos significados específicos que se podem “esconder” sob uma mesma afirmação de que a alimentação é importante para a saúde.

É interessante notar que uma questão complementar que gera grande interesse entre académicos e profissionais de saúde - os factores que condicionam os comportamentos de saúde e em especial a discrepância entre conhecimentos e comportamentos (v.g. Hughner, Kleine, 2004) -, foi espontaneamente abordada por alguns entrevistados (directamente ou através de referências à sua vida). Destacam-se as dificuldades económicas, apontadas por muitos, mas também, pontualmente, outros factores como conflito de prioridades ou ainda o “não querer” ou “não pensar a vida” - estes últimos, note-se, dados como explicação para o (“mau”) comportamento de terceiros, não do próprio. Há, no entanto, também referências ao papel, em geral assinalado como cada vez mais positivo, de recursos externos: oportunidades para fazer exercício e divulgação de informação sobre comportamentos saudáveis são dos mais mencionados.

- Cuidados de Saúde: Esta é outra categoria de factores que se encontra também amplamente representada nas respostas, em acordo quer com o discurso oficial, quer com o verificado em alguns

estudos de epidemiologia leiga. Embora na revisão de literatura de Hughner e Kleine (2004) este não surja como um tema destacado por si mesmo, são em todos o caso identificados dois estudos em que a vigilância médica é valorizada (incluídos pelos autores num tema mais amplo de manutenção da saúde por “monitorização interna”). O inquérito já citado coordenado por M. V. Cabral (2002), sugere por sua vez que os cuidados médicos podem ser um factor a que os portugueses mais velhos (depois dos 65 anos) atribuem mais importância relativa do que os entre os 30 e 49 anos.

No presente estudo, esta é porém matéria para posições bastante divergentes - em especial no que concerne aos medicamentos (cruciais para alguns entrevistados mas objecto de evitamento ou, pelo menos ambivalência, para outros), mas também quanto ao recurso a médicos, que muitos valorizam mas alguns encaram também com reticência.

A importância da qualidade da relação com os profissionais de saúde transparece em vários depoimentos - sendo igualmente sublinhado pelos idosos participantes no estudo de Bryant *et al.* (2001). Na secção C3 da Discussão é aprofundada uma das vertentes dessa relação, que remete para atitudes variáveis face à autoridade dos médicos.

- **Idade:** A tendência recorrente para atribuir vários problemas e dificuldades à idade, observada no presente estudo, foi também constatada, por exemplo, junto dos idosos envolvidos na pesquisa de Fee *et al.* (1999). Face a essa influência de percepções e atitudes “*ageist*” nas concepções dos participantes, os autores relembram a existência de investigação indicando que a resistência a tais estereótipos - por exemplo, traduzindo-se na insistência em manter o controle sobre as suas vidas - favorecerá a saúde das pessoas mais velhas (Evans, 1994 - citado em Fee *et al.*, 1999). É aliás de notar que K. Milburn, no seu artigo sobre a importância das teorias leigas para a promoção da saúde (1996), destaca precisamente o papel das ideias sobre a idade, o envelhecimento e o curso de vida, para exemplificar a influência de factores socioculturais não só nas definições de saúde mas nos próprios comportamentos das pessoas face à saúde e à doença. Estudos revistos por esta autora apoiam a ilação, emergente do presente estudo, de que a idade e estágio de vida serão critérios/termos de referência frequentemente usados pelas pessoas para explicar a sua saúde e, como também se viu, para contextualizar por exemplo a sua auto-avaliação da saúde. Tratando-se de constructos fortemente influenciados pelas circunstâncias culturais e sociais (ver A. Fernandes, 1997), a possível internalização de estereótipos negativos dominantes, constatada por Fee *et al.* é aparente também no presente estudo (com todos os riscos para a saúde que daí podem advir... – cf., Cap. 2-B.2.3.1/*ageism*). Valerá ainda a pena assinalar que, embora os dados colhidos não o permitam confirmar, noutras investigações se tem verificado que os indivíduos com baixo ESE terão maior tendência para aceitar este tipo de concepção de contornos “fatalistas”, em que os problemas de saúde e declínio de capacidades são vistos como parte inevitável do envelhecimento e desgaste da vida (Bolam, 2003, p. 21) – constituindo pois um mecanismo potencial adicional de desigualdades sociais em saúde.

- **Redes e Relações Sociais.** A maioria dos participantes no estudo reconheceu alguma forma de influência na saúde de relações interpessoais - ainda que em vários casos tal só transpareça de forma indirecta ou face a questionamento directo sobre a relevância da família e amigos. Os tipos de relações destacados foram porém diversos (cônjuge, família, amigos, vizinhos, comunidade local), sendo também variadas as vertentes desses relacionamentos explícita ou implicitamente entendidas como determinantes da saúde. Aspectos emocionais e instrumentais de suporte social surgem aqui, como acontece, por exemplo, no estudo de Bryant *et al.* (2001) - embora sem o ênfase na reciprocidade que é patente nesse trabalho⁹⁹. Encontram-se igualmente elementos que, em parte, se aproximam do que será uma noção mais genérica de “harmonia interpessoal”, apontada como central nos dois grupos culturalmente distintos investigados por Torsch e Ma (2000).

⁹⁹ Em contrapartida, as potenciais repercussões menos positivas do excesso de apoio, a que aludem alguns dos idosos na pesquisa de Bryant *et al.* (2001) foram também sugeridas por entrevistados portugueses - ainda que não directamente na discussão de determinantes da saúde (ver Anexo 4 -Tópicos: Relacionamentos interpessoais).

No reverso, as entrevistas ilustram também o impacto negativo atribuído a perdas/lutos, conflitos relacionais, e mais genericamente à solidão¹⁰⁰, bem como, num caso, ao desgaste inerente ao papel de cuidador. Alguns destes factores de risco percebido são referenciados noutros estudos, embora talvez não com a pregnância que assumem no presente trabalho. Por exemplo, a importância atribuída ao isolamento, sobretudo por quem vive só, e as consequências do luto são descritas por Fee *et al.* (1999). Entre os determinantes sociais encontrados por McKague e Verhoef (2003) inclui-se o abuso. Por sua vez, as “tensões familiares” foram uma das opções de resposta incluídas no estudo de M. V. Cabral *et al.* (2002), sendo escolhido por 7,9% dos inquiridos como factor com mais influência na saúde (5º lugar em 7).

• **Factores Económicos:** A capacidade económica dos indivíduos - e, mais ocasionalmente, factores que a condicionam (e.g., actualizações das reformas e custos dos bens e serviços de primeira necessidade) - são, como se viu, admitidos pela generalidade dos entrevistados como potencialmente relevantes para a saúde. No entanto, este tipo de explicação tende a não ser evocada espontaneamente e só para alguns adquire saliência notória, enquanto que noutros indivíduos parece registar-se mesmo alguma resistência em reconhecer a sua relevância. Por outro lado, esta relação restringe-se sempre exclusivamente às situações de pobreza ou maiores dificuldades financeiras, encontrando-se até a negação explícita da hipótese de um gradiente de saúde, na medida em que há quem afirme que, para lá de um dado limiar (baixo, tudo indica), o acréscimo de recursos financeiros é irrelevante para a saúde.

Esta questão da associação entre capacidade económica e saúde aproxima-se de uma área mais abrangente explorada no já referido artigo de M. Blaxter (1997) e objecto de muita investigação recente (v.g., Davidson *et al.*, 2006; Hodgins *et al.*, 2006; Macintyre *et al.*, 2005; Popay *et al.*, 2003): o entendimento leigo das desigualdades sociais em saúde. Alguma resistência em admitir a desigualdade e explicações que lhe subjazem - enquadrada aliás numa tendência mais geral para negligenciar determinantes estruturais - foi encontrada em diversos trabalhos. É, em geral, tentativamente explicada com base na interligação das atribuições de saúde com a própria “identidade social” (Blaxter, 1997) e com o “quadro moral” que lhes subjaz (Popay *et al.*, 2003). Curiosamente, entre os entrevistados nacionais, tal relutância foi detectada sobretudo entre os que têm maior capacidade económica (e nível de escolaridade) - ao contrário da tendência dominante em investigação internacional (Blaxter, 1997, Popay *et al.*, 2003), incluindo um estudo abrangendo um subgrupo de idosos (Macintyre *et al.*, 2005). Algumas pesquisas, no entanto, obtêm resultados mais consentâneos com os presentes, encontrando explicações leigas de saúde que reflectem determinantes sociais e ambientais também entre os que mais sofrem o seu impacto (Davidson *et al.*, 2006; Hodgins *et al.*, 2006; Popay *et al.*, 2003). Uma justificação para esta aparente contradição nos dados, poderá estar, mais uma vez, na metodologia/contexto em que são elicítadas as explicações, como salientam Popay *et al.* (*ob. cit.*). Estes autores encontram resultados divergentes num inquérito e em entrevistas em profundidade, nas quais as pessoas vivendo em zonas desfavorecidas revelavam maior relutância em aceitar a existência de desigualdades - o que não impedia, porém, que simultaneamente os seus relatos ilustrassem o seu efectivo impacto na saúde... Por outro lado, o estudo de Fee *et al.* (1999), em que se detecta variabilidade na relutância dos grupos de participantes em discutir questões financeiras pessoais - o tema, que dominou boa parte da discussão em certos *focus groups*, não foi, por exemplo, mencionado por nenhum dos idosos sul-asiáticos (entre outros) - pode ser sugestivo de diferenças culturais na reticência que estas temáticas podem evocar.

Um aspecto em que os vários estudos tendem a ser concordantes, validando também os resultados do presente trabalho, é na visão da desigualdade em termos daquilo a Blaxter (1997) chama “*threshold model*” - um limiar ou nível de desvantagem abaixo do qual a saúde é afectada, mas acima do qual as hipóteses são mais ou menos as mesmas (p. 755) - e que a autora considera provável ser o mais plausível, intuitivamente, para o público em geral (p. 756).

Existe também pesquisa mais específica sobre a percepção leiga dos efeitos da pobreza na saúde, trazendo algumas pistas interessantes sobre factores que podem condicionar esse tipo de concepções. Assim, num inquérito realizado no Canadá, constata-se reconhecimento generalizado dos efeitos da

¹⁰⁰ Para uma exploração dos diversos significados subjacentes a esta noção ver o respectivo tópico – em Anexo 4.

pobreza na saúde (91%), havendo associação positiva da idade, rendimento e educação com este tipo de percepção (Reutter *et al.*, 2005). Para lá destes factores demográficos, a exposição indirecta à pobreza, em especial através dos media (ou outros meios menos frequentes, como palestras formais) revelou ter alguma influência na formulação destas concepções. Uma maior proporção da variação na compreensão dos efeitos da pobreza é predita pelo tipo de explicações causais da pobreza favorecidas pelos inquiridos, sendo as atribuições estruturais e socioculturais da pobreza mais facilmente conducentes a um reconhecimento dos seus efeitos negativos, do que as atribuições individualísticas.

Outro aspecto focado nessa pesquisa e tocado pelos entrevistados no presente estudo refere-se ao entendimento sobre como a pobreza influencia a saúde: os inquiridos canadianos favorecem maioritariamente explicações de tipo materialista, apontando para a privação face a necessidades essenciais, embora atribuições baseadas nos comportamentos/ estilos de vida e no stress associados à pobreza também recolham significativa adesão (Reutter, *ob. cit.*). Nas entrevistas do presente estudo aparecem referências remetendo sobretudo para explicações assentes nas privações materiais básicas ou para o stress decorrente das dificuldades financeiras - parecendo detectar-se a tendência para as primeiras serem favorecidas em situações relativas aos “outros” e por entrevistados que terão menos experiência directa dessas dificuldades, enquanto as últimas, referindo-se ao stress e às “preocupações”, serão dominantes nos relatos “na primeira pessoa”. Esta eventual distinção recolhe algum apoio indirecto na já mencionada pesquisa de Popay *et al.* (2003), em que mecanismos/*pathways* psicossociais recebem também reconhecimento acrescido entre os participantes em condições mais desfavorecidas. Estes autores apontam as potenciais implicações desta preferência por explicações psicossociais em termos de proporcionar acréscimo de controle individual percebido, i.e., possíveis respostas individuais susceptíveis de evitar a doença. Tal hipótese não parece porém recolher suporte nas presentes entrevistas, na medida em que os pessoas que mencionam uma via “psicossocial” para a influência da pobreza na saúde não são as mesmas que noutros aspectos assumem posições/entendimentos mais concordantes com um máximo controle individual sobre a saúde...

- Ambiente Físico (natural e construído): Este é outro domínio de determinantes supra-individuais que, ainda que não recolhendo “preferência” ou ênfase ou até menção espontânea na generalidade do depoimentos, tende mesmo assim a merecer algum grau de reconhecimento, face, nomeadamente, ao questionamento directo. Talvez por isso, esta temática esteja pouco representada nos estudos internacionais consultados, já que não tenderá a ser expressamente introduzida pelos investigadores nas entrevistas/discussões de grupo.

Em todo o caso, no estudo de Fee *et al.* (1999) é em geral reconhecida uma associação entre a boa saúde e bem-estar e as condições de habitação - uma das vertentes do ambiente construído cuja influência na saúde, mais consenso mereceu entre os participantes portugueses.

Porém, os idosos contactados por Fee e colegas tenderam a valorizar também, quanto à zona de residência, questões de (in)segurança, nomeadamente, face à criminalidade e um ambiente calmo e limpo - aspectos quase sem expressão no presente estudo, poder-se-á hipotetizar que talvez em reflexo de diferenças objectivas nas características, a esse nível, das comunidades investigadas.

Encontram-se incluídas no estudo britânico, em contrapartida, algumas referências positivas que coincidem com um aspecto que se destacou na pesquisa efectuado - a existência de jardins e possibilidade de passar tempo no exterior, bem como a proximidade de (infra-)estruturas, factor tocado por alguns entrevistados portugueses (embora mais no contexto geral do BE/QV do que especificamente da saúde).

A abordagem destes últimos relativamente à relação do local de residência com a saúde foi em vários casos estruturada em torno dos benefícios relativos da vida campo/cidade (e/ou cidades maiores/ menores) - salientando, mas não se esgotando, em factores associados à poluição. É possível que estas noções se aproximem de um tema identificado em vários estudos (revisão de Hughner e Kleine, 2004), remetendo para os malefícios da vida moderna, incluindo a exposição a agentes patogénicos químicos, mas também outros aspectos como stress, tecnologia, etc.

Uma referência ainda para as questões da acessibilidade, tratadas por alguns entrevistados, no estudo realizado, de um modo que apresenta semelhanças com a contradição na abordagem das desigualdades em saúde observada por exemplo no estudo citado de Popay e colegas (2003). Ou seja, surgem como

factores cuja influência efectiva na vida dos entrevistados é expressivamente demonstrada pelos seus relatos, ao mesmo tempo que é explicitamente negada ou ignorada em questões directas. Põe-se assim a hipótese de que, a par de uma menor visibilidade deste tipo de factores e/ou da sua associação com a saúde (são por exemplo, questões que só recentemente começam a merecer discussão pública e, normalmente, mais no quadro da deficiência...), possa haver também conotações “morais”, no sentido que lhe dão Popay *et al.*, ligadas à construção de uma identidade social favorável, que entrave o reconhecimento deste tipo de influências na situação individual/ pessoal (e.g., porque conotem assumir “necessidades especiais”?).

- Deus, fé - e acaso: Embora diversos estudos apontem um papel importante para as crenças religiosas nas explicações leigas de saúde (Hughner, Kleine, 2004), na presente pesquisa elas parecem tomar um lugar mais marginal. De facto, para parte dos idosos entrevistados tendem a assumir significado sobretudo em circunstâncias excepcionais (de intervenção cirúrgica ou doença grave, por exemplo), enquanto outros, pelo contrário, expressam desacordo quanto à sua relevância para as questões de saúde. Mesmo assim encontra-se pelo menos um caso em que este tipo de explicação ocupa lugar central. É ainda de sublinhar a frequência com que, no discurso dos entrevistados, surgem expressões relativas ao agradecer ou pedir a Deus “benesses” em termos de saúde - algumas que, no contexto da entrevista, parecem ter correspondência em efectivas práticas de oração, por exemplo, enquanto outras poderão ser talvez mais simplesmente expressões coloquiais que se associarão a situações de incerteza/fora do controlo individual. Uma ligação mais directa entre explicações de natureza religiosa e a intervenção de (outros) factores imponderáveis - o “acaso” - é encontrada nalguns depoimentos e explorada como componente de uma das hipotéticas constelações subjacentes às entrevistas analisadas.

Torna-se no entanto difícil estabelecer alguma generalização quanto ao peso desta dimensão de acaso no conjunto das entrevistas. As indicações gerais irão mesmo assim no sentido da concordância com os resultados por exemplo de Fee *et al.*, ao afirmarem que independentemente de classe, educação, idade, etc., todos os participantes no seu estudo crêem que a “sorte” ou Deus tem algum papel na saúde nas idades avançadas (1999, p. 47), muito embora determinados grupos étnicos/culturais tendam a favorecer mais um tipo de explicação e outros a outra.

- Outros factores: Pontualmente aparecem nas entrevistas realizadas referências a outro tipo de determinantes. Factores constitucionais (genéticos e outros) são ocasionalmente mencionados - ainda que não com o peso de um “tema” sugerido por outros estudos revistos por Hughner e Kleine (2004). Acontecimentos e circunstâncias da história de vida passada dos entrevistados (infância; condições de trabalho; influências continuadas) recebem também reconhecimento ocasional, muito embora a sua possível influência sejam igualmente recusada por alguns, face a questionamento directo.

A relativa contradição entre estes resultados e alguns estudos que salientam a importância atribuída designadamente às condições de trabalho poderá ser talvez explicada, não só por boa parte dos inquiridos não ter tido uma actividade profissional “regular”, como também pelo facto de, para os que a tiveram, ela se situar já num passado mais ou menos remoto. Esta última explicação é compatível com a diferenciação de posições face a este factor encontrada entre os idosos mais jovens e mais velhos, participantes no estudo de Fee *et al.* (1999). A relevância genérica do grupo etário para um menor peso atribuído as condições de trabalho é apoiada pelo inquérito de M. V. Cabral *et al.* (2002), no qual se verifica que este factor, o segundo mais frequentemente apontado como principal determinante da saúde pelos portugueses (20,5% das escolhas), assume menor importância relativa para inquiridos a partir dos 65 anos.

De qualquer modo, o contexto mais geral dos depoimentos recolhidos sugere a possibilidade de aqui se reflectir uma tendência mais genérica para subvalorizar influências passadas, mais ainda quando não correspondam a um evento crítico de mais óbvia pregnância e impacte.

Por sua vez, compreensão da influência de aspectos como políticas ou outros factores de tipo mais estrutural é pontual - remetendo sobretudo para aspectos que influenciam o acesso, por via económica, a bens e serviços (referências aos preços dos medicamentos, habitação, evolução dos preços gerais/ inflação por contraponto às reformas, etc.).

b) Uma abordagem mais global dos determinantes valorizados pelo conjunto dos entrevistados é então, como se viu, indicativa, por um lado, de uma perspectiva de multideterminação, contemplando um leque de factores em boa parte - mas não totalmente - coincidente com as grandes categorias presentes na literatura científica. Por outro lado, e em termos de dimensões mais amplas de classificação destes determinantes, encontram-se igualmente reflectidas explicações e determinantes de vários tipos, embora os dados sejam sugestivos de uma relativa preponderância:

- de factores de risco relativamente a factores protectores ou promotores da saúde;
- de factores no plano individual face a factores de tipo ambiental;
- de factores proximais (com muito pouca expressão de factores mais distais, em especial macro-estruturais);
- de factores actuais, por contraponto a influências passadas.

Em qualquer caso, sublinhe-se que esta análise dicotomizante do tipo de explicações favorecidas pelos entrevistados, embora útil para efeitos de discussão e exploração das implicações das mesmas, não parece ser, de modo algum, subjacente às próprias conceptualizações leigas. De facto, como Popay *et al.* (2003) frisam a propósito de explicações espontâneas para as desigualdades em saúde, não tem sentido a sua simples dicotomização em individuais ou ambientais, tendo a revisão de literatura de Blaxter demonstrado que outras tentativas simplistas de classificação/ descrição tenderão também a fracassar. De facto, pelo contrário, as pessoas *“tend rather to move back and forwards between concepts of cause which seem opposed, but which individuals can keep in equilibrium”* (1997, p. 750). Alguns autores defendem aliás a ideia de que *“everyday knowledge is dilemmatic, meaning that it consists of dilemmas between competing, contrary standpoints around which people work to make sense out of their experience and reach workable or tentative conclusions”* (Bolam *et al.*, 2003, p. 18, sintetizando a proposta teórica de Billig, 1996).

A questão da relativa predominância de explicações causais leigas que privilegiam factores de risco ou prejudiciais para a saúde é pouco discutida na literatura analisada. Parece, no entanto, vir ao encontro do quadro mais geral de atenção especial à doença e, portanto, consequentemente, aos processos (patogénicos) que lhe subjazem, já discutida a propósito das definições de saúde dos entrevistados. Mas, tal como aí, também na análise da explicações leigas valerá talvez sobretudo a pena destacar o facto de surgirem igualmente referências significativas a recursos de saúde - já que é nesta adopção, pelo menos parcial, de uma perspectiva salutogénica que o quadro conceptual leigo se afastará da influência prevalente do modelo biomédico (e comportamental). O domínio das determinantes psicológicos/ estratégias de *coping* será possivelmente aquele em que mais claramente se reflecte a existência desse tipo de factores. Por outro lado, serve também de forma particularmente explícita para ilustrar uma hipótese sugerida pelos dados: a de que esses determinantes positivos serão sobretudo do tipo “protector”, correspondendo quase exclusivamente a uma perspectiva de resiliência, de moderação/ *buffer*, ou eventualmente de recuperação, face aos problemas, e não tanto de promoção da saúde optimal, saúde positiva... Tal seria concordante com a hipótese mais geral, insinuada pelo conjunto dos dados recolhidos, de que as concepções de saúde dos entrevistados parecem centrar-se nos processos de perda e manutenção, excluindo no essencial a noção de crescimento. Poder-se-á especular que o ênfase num tal tipo de entendimento possa resultar não só da sua maior proximidade conceptual com a perspectiva patogénica dominante (representado já um “avanço” face a ela, a atenção dada a possibilidades de resiliência!), mas também do efectivo maior peso relativo das perdas sobre os ganhos nesta etapa da existência. Mesmo assim importará atentar à distorção inerente à negligência da vertente de crescimento, sobretudo na medida em que conota um coarctar do potencial total de desenvolvimento e saúde existente - também! - neste estágio da vida.

A tendência encontrada nalguns casos para descartar influências de factores situados no passado não é também discutida na literatura consultada. Pode tão somente avançar-se a hipótese de que se associe, pelo menos em parte, à circunstância de que, assentando as explicações em boa medida na experiência pessoal, dependerão provavelmente bastante da pregnância perceptual/cognitiva dos factores. Ora esta tenderá a ser maior para as causas próximas, com consequências directas e visíveis e, porventura também, para os eventos ou condições que se revestem de maior significado e carga emocional na vida dos indivíduos. Assim, as pessoas mais facilmente associariam os seus problemas de saúde às

dificuldades que enfrentam no dia a dia, ou a um acidente sofrido ou mesmo à morte dos pais há muitos anos atrás, por exemplo, do que aos efeitos cumulativos de factores como décadas de más posturas ou deficiências nutricionais na infância.

Quanto ao tendencial favorecimento de explicações individuais e proximais sobre as ambientais e mais distais, tem sido constatada noutros estudos (v.g., Blaxter, 1997; Popay *et al.* 2003), como já se viu no âmbito da discussão da percepção de determinantes económicos pelos entrevistados. São avançadas, por estes e outros autores, justificações de ordem diversa - possivelmente complementares - para tal tendência. Contemplam desde aspectos metodológicos¹⁰¹, passando pela influência do contacto com o conhecimento científico e sua interacção com o conhecimento proveniente da experiência pessoal de vida, até às conotações resultantes da já comentada estreita imbricação das concepções de saúde com a construção da identidade individual/social - que coloca os mecanismos subjacentes à formulação das explicações causais para lá da esfera de uma hipotética “racionalidade neutra”.

2.4.3. Um primeira abordagem a um tema transversal: Controle

Esta última linha de análise remete - entre outros aspectos, já tocados noutros momentos da discussão -, para uma questão que vale a pena destacar, aventando-se ser uma temática subjacente, de forma recorrente, a várias das vertentes de concepção de saúde analisadas: a questão do controle (percebido) dos indivíduos sobre a sua saúde. A pregnância de tal temática em depoimentos sobre saúde tem sido também observada noutros estudos qualitativos. Isso mesmo destacam Bolam e outros investigadores, num artigo conjunto (2003) resultante precisamente da constatação de que em dois projectos de pesquisa sobre saúde e desigualdade, conduzidos por dois grupos independentes, em países distintos, o controle sobre a saúde emergiu como categoria nuclear nas análises das entrevistas separadamente realizadas.

Para além da centralidade conceptual que assume em promoção da saúde, o controle parece assim também poder revestir-se de importância e implicações diversas no quadro das explicações leigas.

Para a sua análise podem concorrer diferentes tipos de perspectivas. Blaxter (1997), como vários outros autores, salienta que as mensagens dominantes em saúde (centradas em factores de risco na educação para a mudança de comportamentos), a par do actual contexto societal em que a saúde é individualizada, promovem (a interiorização de) noções de responsabilidade individual e auto-controle que tendem a transformar o ser-se saudável num dever moral e a doença em factor de culpabilização (“*victim blaming*”)¹⁰².

Em contraponto a estas conotações negativas do controle, a percepção de controle (nomeadamente sobre a saúde) tem sido repetidamente apontada como factor de satisfação com a vida, bem-estar psicológico, saúde e longevidade na investigação gerontológica (ver Cap. 2-B.2.1.2).

Seja qual for o tipo de fundamento que lhe seja associado - psicológico, social, ideológico, “iatrogénico”... - ou as repercussões que dele resultem¹⁰³, o controle (percebido) do indivíduo sobre a saúde parece uma noção útil e talvez mesmo nuclear para o entendimento, a um nível mais abstracto, do pensamento leigo em saúde. Mesmo que não fosse *a priori* um prisma de análise crucial para o questionamento de fundo que orienta esta pesquisa¹⁰⁴, do próprio material das entrevistas dir-se-ão emergir, transversalmente às várias vertentes das concepções leigas analisadas, indicações sugestivas do potencial poder explicativo desta noção.

● Assim, desde logo, a partir da análise do(s) conceito(s) de saúde encontrados pode-se colocar a hipótese de que o controle /autodeterminação, constitua, pelo menos para alguns entrevistados, uma noção central - se

¹⁰¹ Como se discutiu antes, a forma/contexto em que são colocadas as questões tem importante influência sobre o tipo de concepções de saúde elicitadas (Blaxter, 1997; Popay *et al.*, 2003).

¹⁰² Retomar-se-á esta discussão a propósito das Constelações identificadas.

¹⁰³ A contradição aparente entre algumas delas poderá ser esclarecida por dimensões distintas que a literatura sobre controle percebido tem explorado e não cabe aqui aprofundar (e.g., Kunzmann *et al.*, 2002 encontram consequências emocionais distintas, para os idosos, da responsabilidade pessoal percebida, consoante esta se refira a resultados desejáveis ou não; Smith *et al.*, 2000, por seu lado, distinguem “agência pessoal” e “agência interpessoal” como diferentes tipos de estratégias para conseguir controle, que se poderão adequar diferentemente às circunstâncias, nomeadamente algumas que mudam com a idade).

¹⁰⁴ Envolvendo, relembra-se a exploração de aspectos que possam contribuir para maior influência das pessoas sobre a sua própria saúde - o objecto mesmo da própria promoção da saúde -, incluindo a forma como percebem as possibilidades de exercer essa influência (tema a aprofundar na secção seguinte C3).

não a central - para a própria definição saúde. Ser saudável/ter saúde equacionar-se-ia então essencialmente com o maior ou menor grau de controle percebido sobre o seu estado - e sobre a sua vida - sendo as perdas significativas a este nível que se interpretam como mais graves perdas de saúde. Particularmente ilustrativa desta visão - no seu pólo favorável - seria a definição de saúde de uma das entrevistas em termos de “*sentir-se capaz de dar resposta ao dia a dia*” - coadjuvada pela avaliação que faz do (único) problema de saúde que a afecta como sendo de menor gravidade nomeadamente na medida em que “depende muito de si”. O pólo oposto será representado, de forma extrema, pela entrevistada com o que será provavelmente a situação mais grave em termos de saúde global, cujo depoimento está permeado de afirmações de impotência/incapacidade e dependência a vários níveis (“*eu não posso mais nada*”). Ilustrações menos dramáticas poderiam ser as várias instâncias em que, por exemplo a avaliação da (gravidade) do estado de saúde se associa ao indivíduo não poder superar o problema e ter de recorrer a “médicos e medicamentos” - ou seja, a ter de declinar responsabilidade/ poder sobre a questão¹⁰⁵.

- Também a discussão efectuada em torno da hipótese de existirem estratégias implícitas na avaliação da saúde, será enriquecida com a noção de que estas podem corresponder (também) a “estratégias de controle secundário”. Tais mecanismos, nas palavras de Bailis e Chipperfield, “*refer to the various ways in which people reinterpret themselves or their situation so as not to become overwhelmed when the environment will not yield to their influence*” (2002, p. 531), funcionando pois como alternativa nas situações em que o ambiente não é susceptível de ser influenciado pelas vias de controle primário, mais directo – e, em especial no caso do controle secundário compensatório, associando-se a uma “*psychological compensation after experiencing failure and loss*” (Wrosch *et al.*, 2000, p. 388, remetendo para uma distinção de Heckhausen, Schulz, 1993). Ou seja, em situações em que as perdas de saúde são excessivas e/ou insusceptíveis de modificação restam ainda aos indivíduos formas (indirectas) de controle, que passam então pela acomodação às circunstâncias negativas. Tais processos podem ter um papel especialmente importante na manutenção do BE emocional e saúde nas idades avançadas, contribuindo para proteger a integridade do *self* face aos desafios comuns nesta etapa da vida (Wrosch *et al.*, 2006).

- A imbricação do conceito de controle pessoal nas explicações causais em saúde é mais clara ainda, sendo provável, nomeadamente, como já se discutiu, a sua implicação na preferência por atribuições individuais/ internas por oposição às ambientais /externas¹⁰⁶ (v.g. Popay *et al.*, 2003).

- Mas também as “constelações” conjecturadas a partir da análise das entrevistas parecem susceptíveis de entendimento enriquecido recorrendo a este hipotético “eixo” interpretativo. Tais constelações resultaram, como se viu, da exploração da organização intra-individual das explicações de saúde e da constatação de que os determinantes reconhecidos por cada um não parecem ser todos objecto do mesmo grau de convicção e “centralidade” no quadro conceptual dos entrevistados. Estes, apesar de adoptarem em geral um entendimento complexo e multideterminado (ainda que não explicitamente articulado), e inclusive assumirem em simultâneo explicações que se diriam contraditórias - em conformidade, portanto, com o sublinhado na revisão de literatura de M. Blaxter e na referida proposta de Bolam *et al.* -, parecem em todo o caso tender a favorecer certos factores explicativos. Foi a pregnância de determinada perspectiva nalguns depoimentos que serviu de ponto de partida à identificação de 3 hipotéticas constelações, as quais, por sua vez, parecem corresponder a posicionamentos (ou melhor - ênfases) distintos em termos de controle individual.

→ Assim os vários elementos que caracterizam a constelação 1, são todos eles conotados com reduzido controle sobre a saúde. Desde logo na expressão de incerteza sobre o que a determina, já que o conhecimento/compreensão corresponde, por si só, a um nível de controle. Depois, no tipo de influências potenciais destacadas: o acaso ou Deus - por definição claramente para lá da possibilidade de controle

¹⁰⁵ A natureza do relacionamento com os profissionais de saúde tem também sido abordada em termos de conceitos próximos destes - como se viu a propósito da discussão do estudo de Cabral *et al.* (2002) em torno dos posicionamentos de maior autonomia ou maior dependência/interiorização da população portuguesa face ao “poder médico”.

¹⁰⁶ Atente-se, em todo o caso, que a habitual conotação da atribuição de causalidade externa com perda de controle não é uma inevitabilidade. É, porém, alimentada pelo discurso dominante, o qual acentua a ideia de acção/ responsabilidade individual e enfatiza a intervenção técnica sobre factores individuais (alimentando até a possibilidade de modificação de factores tendencialmente “imutáveis”, como o património genético e o envelhecimento biológico...), ao mesmo tempo que negligencia as vias de acção colectiva e a responsabilidade social e pública sobre determinantes de nível ambiental. Estas questões porém, remetendo para a acção/ responsabilidade sobre a saúde, serão tema de C3.

individual/ humano. Finalmente, e coerentemente, também no plano das acções possíveis sobre a sua saúde (o domínio “por excelência” do controle - a aprofundar adiante/C3), onde os entrevistados que mais se aproximam deste tipo de “padrão” tendem a manifestar maior impotência. É a este propósito relevante invocar a discussão de Blaxter, assente na revisão de literatura qualitativa, sugerindo que os entendimentos da saúde como resultante da “sorte”, frequentemente encontrados - como é também aqui o caso - entre participantes nas circunstâncias mais desfavorecidas e em especial entre os idosos, “*often interpreted as fatalism or a lack of sense of control, may in fact be a rational response to the ‘risk factor’ approach*” (1997, p. 753). Argumenta a autora que a contradição entre o conhecimento divulgado sobre os factores/grupos de risco e a experiência pessoal demonstrativa das excepções a essa regra (que se acumulam com o aumento da idade)¹⁰⁷ é “resolvida” pela intervenção do acaso/sorte. Nos depoimentos das pessoas que melhor se enquadram neste padrão/grupo encontram-se de facto expressões que apontam para a percepção de discrepâncias entre as explicações ou expectativas habituais sobre saúde/ doença e a realidade observada (incluindo a gravidade da sua própria situação de saúde) - embora o resultado, no caso, tenda a ser a perplexidade e incerteza mais do que uma opção clara por uma explicação de “acaso” ou outra. Será ainda útil lembrar, a propósito destes casos, a noção do “imperativo moral” de ser saudável - que numa situação de saúde mais grave, como é em geral a que se verifica nestes entrevistados, poderia ajudar a explicar o aparecimento nos depoimentos de referências a “culpa”. De qualquer modo, independentemente destas potenciais justificações para a “racionalidade” das concepções incluídas nesta “constelação”, elas não deixam de denotar uma significativa perda de controle percebido sobre a saúde.

→ O oposto é representado pela “constelação 2” (a “força da mente”) em que os indivíduos tendem a chamar a si a capacidade e responsabilidade de influenciar a sua saúde, neste caso através fundamentalmente de características psicológicas como a coragem e (não) pessimismo e estratégias genéricas de “luta/reacção” que envolvem ocupação, actividade, etc. Mais uma vez, a revisão de literatura de Blaxter refere estudos que encontram concepções leigas semelhantes. Um deles (Crawford, 1984, citado em Blaxter, 1997, p. 754) observa o que designa como “*mind-over-matter formulation*”, sugerindo tratar-se de uma reacção defensiva ao modelo preventivo e às ideologias que promovem a responsabilidade individual e culpabilização da vítima, sobretudo entre aqueles que não têm possibilidade de seguir os estilos de vida prescritos. Também Popay *et al.* (2003) entendem o ênfase na força de carácter e outras manifestações de resiliência individual como forma de resolver as contradições resultantes da exposição dos mais desfavorecidos a condições prejudiciais à saúde e das implicações morais negativas que tal poderia ter para a sua identidade, repondo algum grau de controle individual. O “pensamento positivo”, que Bolam e colegas identificam nos seus estudos como correspondendo à atitude “estóica” face à saúde já antes detectada por Cornwell (1984 - citado em Bolam *et al.*, 2003), é expressamente identificado por esses autores como uma afirmação do sentimento de controle sobre a saúde. Salientam que, para além duma leitura psicológica e individual, do controle como atributo interno dos indivíduos, este tipo de entendimento da saúde tem também dimensões morais e éticas, já que permite às pessoas confrontadas com condições de adversidade evitarem apresentar-se como vítimas passivas e impotentes, assumindo, como a cultura individualista impõe, o dever moral de tentar manter o controle. O que é mais particular na análise destes autores é sublinharem que este tipo de posicionamento surge nos depoimentos estreitamente interligado com posições que à primeira vista pareceriam de aceitação passiva de um controle limitado sobre a saúde - e destacam a expressão “*just do it*” de uma entrevistada (evocando o “*indo /fazendo*” dos idosos portugueses...) como concretização e “*illustration of the contradictory and interwoven themes of fatalism and positive thought found within these participants’ accounts*” (p. 26).

→ Na análise das entrevistas do presente estudo os casos não tão claramente enquadrados nas duas constelações anteriores foram considerados como um terceiro tipo de situação, sem traços comuns tão marcados, mas que mesmo assim se poderão caracterizar pela proximidade significativa às concepções de saúde privilegiadas nos meios profissionais e nas mensagens de promoção da saúde, valorizando o papel dos estilos de vida e (nalguns casos) dos cuidados de saúde. Na medida em que tendem a acentuar

¹⁰⁷ Uma inevitável consequência do “paradoxo epidemiológico”, em que os factores de risco populacionais tem reduzido poder preditivo a nível individual (v.g., Blaxter, 1997).

determinantes comportamentais, estes entrevistados retêm algum controle individual percebido neste domínio. No entanto, o poder explicativo que lhes parece ser atribuído – a par de outras características genéricas dos depoimentos - dir-se-iam sugestivos de uma percepção de controle inferior à conotada pela atitude voluntarista que marca a “constelação 2”, ficando assim numa posição intermédia, a este respeito, entre essa e a “constelação 1”.

De qualquer modo, um aprofundamento da análise neste ângulo do controle dos indivíduos sobre a saúde terá de aguardar a análise contida na 3ª secção deste capítulo - que versa mais directamente sobre a questão de quem /como, no entender dos entrevistados, pode exercer influência sobre a saúde.

C.2.5. E síntese...

Os dados obtidos nesta pesquisa são globalmente concordantes com os de outras investigações sobre as mesmas temáticas. Os resultados, em conjugação com a literatura internacional, sugerem nomeadamente:

- A doença - e aspectos afins, como a sintomatologia e necessidade de cuidados - têm boa probabilidade de merecer lugar de destaque na **concepção de saúde** de muitos idosos - sendo também critérios levados em conta na sua auto-avaliação da saúde. Tal constatação não deve obscurecer o facto de que os significados que as pessoas atribuirão à doença (e provavelmente muito em especial às doenças que têm) são variáveis, possivelmente em parte divergentes das dos profissionais de saúde e, em boa medida, idiossincráticos. Haverá, por exemplo, tendência para estabelecer uma hierarquia de doenças - em que algumas são consideradas “graves”, enquanto outras não serão impedimento a que a pessoa se considere saudável. Por outro lado, o mais frequente será que o indivíduo atenda a aspectos ou vertentes adicionais quando pensa em saúde.
- O que se poderá designar por “Indo e Fazendo” será outro tipo de vertente muito evocado quando se trata de saúde - porventura a central para uma grande parte das pessoas desta faixa etária (ainda que, quiçá, nem sempre tão facilmente articulada no discurso como a anterior). Está aqui em causa, naturalmente, a funcionalidade/(in)capacidade e implicados aspectos habitualmente muito valorizadas do ponto de vista técnico e político, como a necessidade de apoio por terceiros. Mas a saúde, neste prisma, pode adicionalmente revestir-se de significados mais ricos - desde a autodeterminação e afirmação da identidade (associada, por exemplo, ao poder prosseguir com as actividades habituais e essenciais - “*as minhas coisas*”), até, talvez, casos em que se pode equacionar com a própria ideia central de “vida” (a antítese do “*parar é morrer*”). De novo, contudo, a universalidade não é a regra, encontrando-se diferentes valorizações para diversas actividades e capacidades - e talvez também uma “hierarquia” de gravidade da (in)capacidade -, passíveis de mudar de indivíduo para indivíduo e com a própria experiência/situação.
- A estas duas grandes componentes da saúde (bastante centradas nas suas consequências “pragmáticas” e características mais imediatamente visíveis) podem ainda juntar-se outras vertentes - inclusive mais “imateriais”, abrangentes e positivas, que são de resto inerentes a expressões de valorização global muito frequentes entre os entrevistados, como “*a saúde é um bem*”, “*a maior riqueza*”. Definições próximas da da OMS, em termos de bem-estar, também podem surgir - admitindo-se porém que tendam a associar-se sobretudo a níveis educativos mais elevados, (ainda) minoritários nas actuais gerações de idosos portugueses.
- Um enfoque nos aspectos de saúde/(doença) física parece tender a ser assumido “por defeito” quando se fala em saúde; mas a dimensão mental ocupará também com frequência algum lugar na definição - embora talvez com uma posição diferente na “gradação hierárquica” e, porventura, sobretudo quando estão presentes perturbações deste foro.
- A opção por uma ou várias destas vertentes na definição do conceito é variável, possivelmente influenciada por factores pessoais mas também sociodemográficos (como o ESE) e culturais. Mas a tendência dominante parece ser para abarcar mais do que uma conotação de saúde - e fazê-lo de forma aparentemente pouco articulada/consciente.

• A **auto-avaliação de saúde** é algo que parece surgir com mais espontaneidade no discurso das pessoas - ainda que não seguindo as escalas/parâmetros das habituais questões usadas em inquéritos... De facto, entre os entrevistados - e, mais genericamente, dir-se-ia, entre os idosos portugueses, atendendo aos dados de vários estudos quantitativos em que predomina a resposta “razoável”¹⁰⁸ -, com muita frequência o juízo emitido sobre o seu estado global de saúde é intermédio (i.e., não muito marcadamente positivo ou negativo) e mesmo ambíguo ou aparentemente contraditório. Este parece ser construído com base num processo complexo, invocando múltiplos critérios e termos de referência:

- diferentes dimensões/componentes de saúde;
- juízos feitos por várias “autoridades” (os médicos, o próprio e outros);
- perspectivas temporais diversas (de variabilidade quotidiana; ou a mais longo prazo, de continuidade/descontinuidade com o passado ou antecipação face ao futuro);
- comparações (tanto em sentido ascendente como descendente), reflectindo expectativas construídas por referência, por exemplo, à “idade” ou aos “outros”;
- uma valorização diferencial dos vários elementos, idiossincrática e possivelmente mutável (e.g. “hierarquia” de gravidade das várias doenças/incapacidades evoluindo com a própria situação).

O resultado do recurso a estes raciais de auto-avaliação tende a ser um “retrato” complexo, rico, matizado, com frequência incluindo aspectos de sinal contrário traduzindo-se numa apreciação global “balanceada” (“razoável”, “assim-assim”, “embora também” “por enquanto”, “há melhor mas há pior”).

• Tal processo de avaliação da (própria) saúde - e nomeadamente o peso que aí assumem as condições de saúde/doença “objectiva” – será influenciado por uma diversidade de factores: desde influências micro e macro-contextuais (história anterior e circunstâncias de vida actuais, recursos disponíveis, factores culturais, etc.) a aspectos psicológicos, motivacionais/afectivos.

• De destacar a relevância que podem assumir as expectativas e imagens disponíveis/predominantes no actual contexto sociocultural, associadas ao envelhecimento, a esta etapa de vida e à saúde das pessoas idosas - já que estes tenderão a ser termos de referência influentes na auto-avaliação e vivência da saúde-doença. Tal sinalização de um risco de interiorização/influência de preconceitos etários negativos - *ageist* nas concepções individuais, pelas suas repercussões potencialmente graves na saúde e BE (ver Cap. 2-B.2.3.1 - *ageism*), sublinhará a importância de uma especial atenção às visões culturalmente dominantes nestas matérias (alimentadas, por exemplo, por mensagens nos media, etc.).

• O significado e peso atribuído a dada situação de saúde dependerá também de como esta se enquadra na experiência individual – e.g. introduzindo disrupção ou, pelo contrário, sendo percebida como continuidade ou mesmo “reforço” da história de vida ou, pelo menos, objecto de antecipação ou habituação.

• A forma como a saúde/doença é experienciada e definida estará proximamente interligada com processos relativos à permanente (re)construção de identidade(s) e, possivelmente, à manutenção do bem-estar.

• O importante peso de aspectos contextuais associados à avaliação da saúde, remete para uma questão também indiciada nas conceptualizações/definições de saúde (e na própria análise das prioridades de BE/QV): a de que a saúde adquire (e dá) sentido no quadro de vida específico das pessoas - e não isoladamente dele, como a abordagem técnica/profissional tenderá, por razões várias, a assumir. A consideração da biografia e contexto específico de vida - dos aspectos mais proximais aos macro-estruturais, incluindo dimensões temporais - revela-se então absolutamente central para o entendimento das concepções leigas de saúde.

• Quanto às **explicações/determinantes de saúde percebidos**, as pessoas parecem reconhecer a influência de um significativo número de factores, de tipo diversificado. Estes abarcam explicações sancionadas e difundidas pela comunidade técnica/científica (e.g., práticas alimentares e outros “estilos de vida” e cuidados de saúde) e outras não tão frequentemente reconhecidas no modelo de saúde dominante (e.g., factores ambientais ou psicológicos) ou mesmo claramente “não científicas”, sejam elas mais habituais (e.g., crenças religiosas) ou idiossincráticas.

¹⁰⁸ Por exemplo, em 2006, a opção por esta categoria de resposta no item de “saúde global subjectiva” foi feita por 52% dos inquiridos idosos no ESS3 e no 4º Inquérito Nacional de Saúde ronda os 45% (cf., Cap. 5-B.2.4).

- Os dados parecem pois compatíveis com a noção da disponibilidade de diversas explicações de saúde a que as pessoas terão acesso, verificando-se que podem - e tendem - a recorrer em simultâneo a várias delas, mesmo que aparentemente contraditórias.

- No entanto, nem todos os determinantes parecem receber a mesma atenção - quer para o conjunto das pessoas, quer para cada indivíduo em particular.

→ No plano global parece será mais frequente o reconhecimento de factores individuais, proximais e actuais, do que de factores ambientais, distais, e de efeitos diferidos do tempo; também os aspectos de risco tenderão a ser mais vezes notados que os recursos. Nessa medida, haverá alguma aproximação das atribuições causais leigas ao modelo biomédico e comportamental prevalecentes.

→ No plano intra-individual nota-se também, com frequência, a tendência para enfatizar certos factores explicativos em detrimento de outros. No entanto, como se disse, atribuições alternativas/ complementares podem ser aceites em simultâneo - e dicotomias simplistas assentes na ideia de incompatibilidade de certos tipos de causas não parecem espelhar adequadamente as concepções de saúde complexas (e porventura pouco articuladas...) dos indivíduos.

→ Hipotetizam-se alguns tipos de “constelações”, correspondendo a estilos explicativos preferencialmente adoptados por diferentes pessoas (“culpa/castigo/acaso”; “a força da mente”; modelo clássico).

- A percepção de controle pessoal - implicado de forma diferenciada em diversos tipos de determinantes - poderá ser outra dimensão de análise importante na compreensão/distinção das explicações leigas de saúde, parecendo também subjacente às demais vertentes das conceptualizações espontâneas de saúde discutidas (a aprofundar em C3).

- Serão, tudo indica, vários os factores que poderão entrar em jogo na acessibilidade e preferência dada aos diversos tipos de explicações causais. Ainda que o seu aprofundamento esteja naturalmente muito para além das ambições do presente trabalho, avançam-se algumas hipóteses - por se afigurarem úteis para ajudar a estruturar implicações para a intervenção, nomeadamente com vista a contribuir para uma literacia crítica de saúde:

→ Aspectos como a frequente referência nos media, por profissionais de saúde e outros, tornarão certas explicações mais facilmente acessíveis, i.e., conscientes, colectivamente sancionadas, etc. Constituir-se-ão como as “explicações públicas” (“*public accounts*” - Cornwell, 1984, cit. Blaxter, 1997) mais evidentes. Por exemplo, os determinantes relativos aos comportamentos de saúde e cuidados médicos são fortemente privilegiados por essa perspectiva, enquanto factores ambientais e estruturais em geral negligenciados; também os factores “patogénicos” merecem no “saber oficial” em geral mais atenção do que os “salutogénicos”.

→ Outros factores relativos ao meio sociocultural em sentido mais lato provavelmente influenciam também o maior ou menor sancionamento social e apetência por determinado tipo de explicações e factores. Por exemplo, a alimentação é um domínio que tende a merecer bastante atenção na nossa cultura.

→ A exposição directa e indirecta dos indivíduos à influência dos factores (matéria para o desenvolvimento das “explicações privadas”, ainda remetendo para os conceitos de Cornwell), possibilita/ reforça também a sua visibilidade. Por exemplo, a vivência directa do *stress* associado à insegurança financeira poderá disponibilizar uma explicação psicossocial que eventualmente escapa a quem não tem essa experiência pessoal. Acresce que aspectos que influenciam só um grupo mais reduzido da população - como as dificuldades de mobilidade - serão objecto de menor contacto, mesmo indirecto, tornando-se pois, por essa via, menos acessíveis como explicação.

→ Tenderão a ser mais facilmente negligenciados factores que não têm, pela sua natureza, em termos cognitivos, tradução tão directa e imediata na vivência pessoal - de que são exemplo os determinantes estruturais, por um lado, e as influências passadas ou cumulativas mais subtis, por outro. Acresce ainda que a carga emocional é um reconhecido factor de importância para a pregnância que os eventos/ conhecimentos/ etc. assumem e portanto, mesmo factores igualmente experienciados podem, por esse motivo, ter visibilidade diferenciada. Talvez por exemplo, os factores de risco que, numa lógica de exposição imediata, conduzem a uma doença penosa tenham, por essa conjugação de motivos, maior visibilidade e potencial explicativo, que factores positivos que medeiam o impacte de factores prejudiciais, permitindo manter a saúde pela sua acção continuada.

→ Tal como se discutiu a propósito dos processos de auto-avaliação da saúde, e mais genericamente se verifica nas concepções e experiências de saúde/doença¹⁰⁹, também na formulação/adopção de explicações leigas de saúde estarão implicadas questões que remetem para a construção da identidade pessoal e social e inevitavelmente se interligam com o contexto sociocultural e biográfico do indivíduo¹¹⁰. Resultará daí que, pelas suas conotações morais, associações com valores, compatibilidade com a auto-imagem, etc., certo tipo de explicações será mais aceitável/desejável do que outros. Assim, por exemplo, num contexto sociocultural em que ser saudável e seguir os “estilos de vida” prescritos é um imperativo moral, e, portanto, assumir a doença poderá conotar uma falha de carácter, as pessoas poderão preferir enfatizar factores e explicações que as apresentem “*as victims, or, with dignity as survivors*” (Cornwell, 1984, cit. Blaxter, 1997, p. 752). Ou - procurando exemplos mais directamente inspirados nos depoimentos - sendo a doença algo já presente e incontornável, cujas causas últimas é já inútil explorar (falta de cautela/abuso? ou castigo? acaso? mais uma de muitas fatalidades?...), importa sobretudo “lutar” para “não se deixar estar caído”, “ir andando sempre” e, ao limite a “coragem para cada um levar a sua cruz”.

→ Inclui-se na anterior a hipótese, a destacar, de que mecanismos psicológicos - como a tendência (promotora de saúde) de manter (algum grau de) controle sobre a saúde, evitando sentimentos de vulnerabilidade face à doença -, tenderá também a favorecer a atenção a explicações/factores sobre os quais as pessoas entendem ter algum controle. Conjugado com uma perspectiva e até um meio em que, em termos culturais e ideológicos, a acção individual é privilegiada e a capacidade de intervenção colectiva quase ignorada, tal implicaria o favorecimento de explicações centradas em factores individuais transformáveis, por oposição aos externos e estruturais, entendidos como imutáveis ou, pelo menos, fora do alcance da esfera de acção individual¹¹¹.

- Para além da exploração das concepções de saúde subjacentes e das indicações que daí se poderão retirar nomeadamente em termos de literacia de saúde, os depoimentos recolhidos dão ainda pistas sobre áreas de intervenção que poderão merecer atenção - com destaque quer para factores de risco, quer para recursos potenciais de saúde e bem-estar percebidos pelos entrevistados como influentes no seu contexto específico de vida¹¹².

¹⁰⁹ Nas palavras de Sanders *et al.*, por exemplo, “*the issues of identity and biography are central to the meanings ascribed to illness experience and ageing*” (2002, p. 247).

¹¹⁰ J. Lawton, por exemplo, referindo-se à conclusões de Williams (1984), salienta que “*people’s accounts of causation are not simply concerned with beliefs about disease aetiology per se, but, rather, constitute an imaginative attempt to find a legitimate and meaningful place for [doença x] in their lives*” (Lawton, 2003, p. 27).

¹¹¹ Esta é porém uma vertente a explorar um pouco mais na secção seguinte/C3, dedicada às possibilidades de acção (e “actores” /responsáveis) no domínio da saúde.

¹¹² Remete-se aqui quer para os dados explorados no ponto C2.3.3, relativos aos Determinantes, quer para a análise por tópicos/áreas de vida relativa à qualidade de vida/bem-estar (C1.3.1 e Anexo 4).

C.3. Agir sobre a Saúde: Do controle individual à participação colectiva

C.3.1. As perguntas

As perguntas mais directamente orientadas para a exploração da perspectiva dos entrevistados quanto a possíveis acções para melhoria da saúde (e do bem estar/BE, qualidade de vida/QV) constituíam o bloco final (b) de questões da entrevista (ver guião - Anexo 3), complementadas com outras (a) que, servindo simultaneamente para explorar vertentes adicionais do conceito de saúde, se incluíam no conjunto central de perguntas colocadas.

Podem assim distinguir-se dois subtemas e respectivos grupos de perguntas:

- a) questões mais abertas sobre a possibilidade genérica de influência/controlar os indivíduos sobre a saúde;
- b) questões mais dirigidas e específicas focando alguns modos de acção sobre a saúde (pelo próprio ou terceiros; de forma individual ou colectiva; ao nível micro/pessoal, intermédio ou macro /estrutural).

C.3.2. A análise

A interrogação subjacente a esta componente do estudo é a exploração das **possibilidades/responsabilidades percebidas** pelas pessoas idosas, **em termos de influência na saúde**, distinguindo-se:

- possibilidade de controle percebido do próprio e/ou de outrem;
- apetência/valorização/necessidade sentida face a alguns tipos e formas de acção.

Estando em especial em causa a exploração de concepções relevantes em termos de obstáculos e factores propiciadores ao envolvimento desta população na promoção da saúde - entendida como implicando o controle dos indivíduos e comunidades sobre o conjunto dos determinantes da saúde - são focados na análise:

- não só aspectos relativos às acções mais tradicionalmente consideradas em promoção da saúde, situadas na esfera individual, designadamente informação/educação para a saúde e responsabilidade/atitude assumida na relação com profissionais de saúde¹¹³;
- mas também acções a um nível mais distal, supra-individual, desenvolvidas quer enquanto participação a título individual (e.g., no funcionamento dos serviços, usando do direito de reclamação enquanto utente/consumidor, ou em actividades cívicas, como reuniões autárquicas), quer de forma colectiva (e.g., integrando grupos/associações locais).

A apresentação de resultados e análise segue pois esta estrutura. Subjacentes à sua estruturação estão conceitos, desenvolvidos na introdução teórica (A.2), relativos sobretudo ao *empowerment* e participação, incluindo as já referidas dimensões transversais de controle (percebido), níveis de actuação (micro - esfera pessoal; intermédio - por exemplo, serviços, comunidade local; macro - políticas regionais, nacionais, etc.) e formas de acção (individual ou colectiva). Relembra-se que, tratando-se de um estudo sobre concepções leigas de saúde, se exploram aqui sobretudo dados relativos à percepção/ conhecimento/ consciência crítica - literacia, em sentido amplo - dos entrevistados sobre as "soluções" disponíveis (complementando a compreensão do "problema" e suas causas, analisadas nas secções anteriores). Incluem-se, quando disponíveis, elementos complementares relevantes para a análise de facilitadores e obstáculos - com consciência porém de que ficam para lá das possibilidades desta pesquisa outras vertentes essenciais ao real *empowerment*/controle sobre a saúde e seus determinantes.

¹¹³ Dados relativos às práticas/comportamentos de saúde foram reportados a propósito dos determinantes percebidos de saúde (C2), sendo nesta secção só brevemente retomados.

C.3.3. As respostas

Aspectos genéricos. No seu conjunto, os dados sobre esta componente são comparativamente mais pobres do que os obtidos relativamente às restantes temáticas, havendo também importante variação na forma como as perguntas foram colocadas e interpretadas. Sobretudo as questões mais específicas (b), não foram, em geral, todas colocadas, tendo também sido objecto de várias (re)formulações.

Tal resultou sobretudo de duas ordens de razões. O facto de o bloco de questões centrais para este tema surgir no final das entrevistas (frequentemente já longas), criou uma situação de desvantagem face às questões que o antecederam, em termos de disponibilidade de tempo e concentração. Por outro lado, detectou-se em muitos casos pouca facilidade, ou mesmo relutância, dos entrevistados em abordar alguns destes assuntos. Poderão estar aqui implicadas deficiências da própria técnica da entrevista, tendo-se verificado por vezes dificuldades em encontrar uma formulação que assegurasse uniforme ou adequada compreensão das perguntas. No entanto, parece estar também em causa, em muitos casos, um efectivamente reduzido conhecimento sobre as matérias abordadas e/ou um menor interesse ou mesmo, por vezes, manifesto repúdio face às mesmas – aspectos em si mesmos reveladores quanto às percepções dos entrevistados sobre este domínio.

3.3.1. Controle percebido sobre a saúde

Como se viu na discussão das secções anteriores, o conceito de controle percebido parece poder ser proveitosamente utilizado na análise de diversas vertentes das concepções leigas de saúde exploradas, justificando-se pois uma análise mais transversal do material das entrevistas nesta perspectiva, que se reserva para a discussão final. No presente contexto pretende-se tão somente apresentar os principais dados obtidos a partir das questões – [14] e [15] - que directamente indagavam sobre a possibilidade percebida de exercer influência sobre a saúde, por parte das “pessoas em geral” ou dos próprios entrevistados.

Verifica-se que as respostas da maioria dos participantes são sugestivas da percepção de uma **possibilidade de influência** dos indivíduos sobre a própria saúde. Há, no entanto, mesmo entre estes casos, algumas variantes a assinalar.

Nalguns esta percepção de influência possível parece ser objecto de significativa convicção, é vista como representando “margem de manobra” importante e como tendo um carácter bastante universal – p. ex.:

Podem podem, sim¹¹⁴... () há excepções como em tudo - mas em ordem geral, nós também construímos muito as capacidades da nossa vida: temos que lhe dar alimento, temos que... () sobretudo a força de vontade! [...] –E7
Certamente, certamente!. Porque faz diferença - a estatística diz isso, não é? – as pessoas que têm () uma vida social mais activa... [...] – E11

sendo também algo que os próprios entrevistados põem em prática:

Acho que sim! Sabe o que é uma coisa () que me dá muita coragem (): eu nunca estou parada, nunca, nunca. – E1

Mas por vezes são simultaneamente expressas condicionantes e/ou distinções nessa influência. Há respostas que, mesmo valorizando a possibilidade de exercer controle, sugerem que ela é uma de várias influências em jogo - de resto possivelmente a posição mais frequente, se se atentar ao conjunto dos depoimentos que, em geral, como se viu, manifestam reconhecimento de diversos tipo de determinantes, nem todos passíveis de controle individual – e.g.: “Sei lá... a saúde é também cautela que a gente tenha...”(E13)

Interessante é, por outro lado, assinalar que o reconhecimento da possibilidade de controle não significa que o próprio a exerça – veja-se o exemplo de E02, que sublinha uma forma de influência sobre a saúde:

Acho que sim, que a pessoa deve deitar para trás das costas as coisas que aborrece.

que se revela, ao longo da entrevista, precisamente uma área em que a própria “fracassa”:

(Amiga X) às vezes também se queixa, também se sente mal mas deita isso para trás das costas. E eu deixo-me ir.

¹¹⁴ Lembre-se que neste, como na maioria dos excertos seguintes, o “podem” “sim/não” é resposta à pergunta sobre se as pessoas podem influenciar/fazer algo para mudar a sua saúde.

Há também quem assuma mais directa responsabilidade pelos “maus resultados” em saúde:

Sim: talvez eu tivesse abusado um bocadinho da minha saúde. [...] Comia qualquer coisa! [...] – E6

Mas este desfasamento entre a possibilidade e a realidade, pode ser comentada só em relação aos “outros”:

Se elas quiserem podem. Só que a maior parte se calhar não quer! (riso) Quer comer aquelas boas feijoadas () Que uma pessoa gosta muito – eu gosto, mas não como sempre... [...] – E01

De resto, esta distinção entre o que aplicável ao caso pessoal e o que é considerado válido para terceiros, torna possível conciliar a convicção numa responsabilidade individual face à saúde (“universal”, para os outros) e a expressa percepção de ausência de controle (do próprio) – p. ex.:

Eu se pudesse fazer alguma coisa para me poder manter com mais saúde fazia... (riso) [...] Pois há muitas pessoas que fazem mais mal que... () Andam aí os desgraçados bêbados. Ou fumarem aí que nem uns malucos.[...] – E10

Esta entrevistada não é, porém, a única cujas respostas sugerem que a possibilidade - ou efectividade - de influência sobre a própria saúde é, senão **inexistente**, pelo menos **marginal**. Exemplos:

Eu acho que não (). Pois agora vivo... () com o meu marido... aquela coisa toda. – E8;

Não (faço nada). Tomo comprimidos para a tensão alta. E para os diabetes [...] – E9;

É andar um bocadinho e... mexer os pés ali numa bicicleta...() Já não posso fazer mais nada. – E3.

Alargando o leque do material em análise para procurar explorar um pouco mais os significados associados ao “grau” de controle percebido, destaca-se, em primeiro lugar, que estas 4 entrevistas em que ele é claramente menor foram, na análise efectuada em C2, integradas num subgrupo, designado como “Constelação 1 – ‘Culpa & Castigo’ ou Acaso?”. Este poderá caracterizar-se por estados de saúde física e/ou psíquica mais debilitada e tenderá a associar-se, para além do reduzido controle percebido, a expressões de perplexidade/incerteza quanto ao que determina a saúde.

Mesmo assim, e embora a incompreensão pareça ser uma marca importante, nestes casos de falta de controle pessoal surgem por vezes também indicações sobre factores – ou “agentes” – externos que são percebidos como importantes responsáveis pela situação de saúde do indivíduo: seja uma outra pessoa (o marido, no caso de E8), Deus (e.g., E3), ou então o acaso, porventura concretizado numa série de fatalidades para lá da possibilidade de qualquer controle individual (e.g., E9, ao longo da entrevista, sugere sobretudo explicações que resultam de vicissitudes como a morte dos pais e do marido, e a idade avançada).

Nestas e noutras entrevistas surgem também indicações de controle/responsabilidades parciais atribuídas a outros agentes, nomeadamente:

- os “decisores” (com frequência não especificados) – por exemplo: [14-Pessoas podem influenciar saúde?]

Ah, poder podem, também. (Fazer com que os) remédios sejam mais baratos, só se for isso

- os serviços e profissionais de saúde - por exemplo:

A nossa coisa melhor é a saúde - o que é que às vezes não nos tratam!: mandam “venha tal tempo”. – E13;

[15-Faz algo manter-se saudável?].... faço aquilo que os médicos me mandam fazer, assim pouco mais ou menos. – E6

Quanto às formas de controle/influência pessoal reconhecidas pelos entrevistados nas questões abertas sobre este tema, são quase exclusivamente acções de tipo individual incidindo sobre determinantes na esfera mais proximal. Como se anteviu nos exemplos anteriores, e mais aprofundadamente nas concepções relativas aos determinantes da saúde, abundam as referências não só às práticas habitualmente sublinhadas nas mensagens de promoção da saúde (alimentação, exercício, evitar tabaco e álcool e outras “cautelas”) e à vigilância, cuidados médicos e adesão à terapêutica, mas também a características psicológicas e estratégias de *coping* que se associaram à Constelação 2/“força da mente”-voluntarismo (como a força de vontade/coragem, reagir/lutar, ocupar/fazer, distrair).

Ou seja, com muitas poucas excepções, os entrevistados não tendem a pensar em termos de meios/possibilidades de acção colectiva e/ou dirigidas a factores supra-individuais. Só E11 manifesta espontaneamente, por exemplo, a falta de associações locais, no âmbito das quais se pudessem desenvolver acções de informação em saúde de que sente falta ou encontrar oportunidades de interacção social. Retomar-se-á porém a exploração um pouco mais detalhada deste tipo de meios de influência percebida nos pontos seguintes, através da análise das respostas às questões que focavam aspectos de participação/ níveis de influência mais distais.

3.3.2. Modos de acção sobre a saúde

Embora recorrendo pontualmente a material complementar julgado relevante¹¹⁵, a análise desta componente centra-se sobretudo nas respostas a questões que directamente focavam certos tipos e níveis de acções sobre a saúde que, de acordo com os propósitos do presente estudo, interessava explorar. Relembra-se pois que, ao contrário do que sucede com a maior parte das restantes componentes da pesquisa, estão aqui a ser analisadas perspectivas dos entrevistados sobre temas fortemente condicionados pelo quadro conceptual subjacente à investigação. Que eles parecem ter genericamente fraca correspondência com as concepções espontâneas da maior parte dos entrevistados sobre as questões da saúde e actuação sobre ela é sugerido pelas próprias dificuldades encontradas, e já atrás descritas, na obtenção deste material. De resto, a análise anteriormente efectuada das respostas mais abertas e do material sobre os determinantes da saúde aponta, como se viu, no sentido de uma preponderância nas concepções leigas dos modos de acção sobre a saúde que se centram no plano individual proximal – precisamente aqueles que o presente estudo não pretende aprofundar.

No plano individual: Modalidades tradicionais de promoção da saúde

• Informação / educação para a saúde

“...gosto, gosto muito de saber coisas”

Os depoimentos obtidos - sobretudo em resposta à pergunta específica sobre apetência por/contacto com acções de informação/educação para a saúde [21] - sugerem que, para a grande maioria, a informação sobre saúde, não é uma necessidade sentida. Em particular a noção de sessões de grupo ou outro tipo de acções formais parece ser desconhecida para boa parte dos inquiridos, não surgindo também referência a uma procura auto-iniciada de informação específica sobre este tema.

Mas há excepções: em especial E11, que abordou espontaneamente o tema, sente fortes falhas neste domínio e inclusive tentou algumas iniciativas, avançando aliás, como adiante se verá, diversas sugestões de acção:

O conhecimento que eu arranji sobre a saúde da próstata, do cancro – há lá (EUA) seminários [...] e eu quase que fiquei doutor no assunto, não é?, com tantos seminários e tantas opiniões e... porque não há uma resposta [...] E eu falei aqui com um senhor (): ‘Ó Dr., ouça lá: eu estou à procura de um médico que se queira meter neste assunto – o assunto é de passar informação, não é fazer de médico. Não haverá aí um urologista ou um indivíduo que queira dar umas palestras sobre o assunto?’ () E diz-me (ele) assim: ‘Ouça!, não se meta nisso!’ - E11

E há quem saliente voluntariamente o papel que a informação actualmente terá para mais cuidadas práticas de saúde:

Têm mais informação. () E é toda a gente a avisar, é a televisão a avisar, é os médicos a avisar, é... – E01
Agora estou mais dentro do assunto (alimentação), já tenho mais cuidado, que tenho muito medo! – E6

No entanto, mesmo não a procurando, quando com ela se deparam, boa parte dos entrevistados parece ter patente interesse (e mesmo gosto) por informações nesta matéria - talvez em particular se relativas a patologias que os afectam.

A televisão é provavelmente dos meios de mais fácil acesso a diversos tipos de informação:

Sim, gosto sempre muito de ver quando dá na televisão, sobre saúde. Porque () os médicos de família estão muitos cheios, a minha médica está muito cheia [...] Gosto muito de ouvir sobre os diabetes [...] - E6

Na televisão também oiço muita coisa! As vezes não apanho melhor as coisas porque não oiço (bem) – E13.

Mas vários inquiridos procuram também eles próprios materiais de leitura:

Tenho livros bons. De medicina, gosto muito de ler os dicionários. Gosto, gosto muito de saber coisas, que eu aprenda, que valha a pena - E1;

Eu tenho aí uns livrinhos, em inglês, que são: os medicamentos e os efeitos secundários () E o indivíduo (está) a tomar qualquer coisa da farmácia “Deixa cá ver o que é isto é, para que é que serve” () Mas não encontra aqui em Portugal! () Lá, vende-se no supermercado, por uma bagatela: por 5 €/€ () Aqui não há! [...] mas o serviço de

¹¹⁵ Designadamente referências voluntárias, noutros pontos das entrevistas, a acções dos tipos/níveis aqui contemplados.

saúde devia de ter, pôr isso disponível às pessoas: por exemplo, depressão – há muita gente com depressão! () Mas não há informação disponível, ao nível de um indivíduo normal, que pudesse ler e aprender mais um pouco. - E11
Nos jornais leio [...] Há o jornal da Dica () trazem-nos muitas coisas! e eu experimentei () eu escolho aquilo tudo a ver como (são) as coisas feitas - que eles ensinam sempre um medicamento qualquer – E13
Olhe, eu essas coisas nos jornais e nessa publicidade e nessa coisa não acredito muito. [...] Uma coisa que tenho muito por costume é ler a bula, aquela coisa que vem por dentro – e há dias li num, que estava a tomar, e deu-me aquilo muita... confusão - porque tinha muitas contra-indicações, e eu disse à minha filha e ela diz-me: ‘Ó mãe, mas eles sabem...’ Eles sabem - mas sabem lá dessas coisas (interacções entre medicamentos que toma)... - E02
Esta última situação é sugestiva de como a informação pode também ser perturbadora - p. ex., ao alertar para certos riscos que depois o indivíduo não se sente capaz de adequadamente entender ou controlar...

Para os frequentadores da Universidade da 3ª Idade, aulas sobre temáticas de saúde parecem ser também populares:

Gosto muito de uma outra (disciplina) que é o médico a ensinar o que é que havemos de comer, o que é não devemos comer, como é que devemos proceder. - E01

Alguns em todo o caso restringir-se-ão essencialmente à informação transmitida no contexto da relação de prestação de cuidados:

Eu tenho ali uma lista disso... o que é que não hei-de comer e o que é que hei-de comer - E9

A minha mulher tem uma pessoa que a indica, da alimentação. (Agora eu não preciso) - E5

Outros nem isso - ou não parecem perceber as questões colocadas sobre este tema (E2, E8, E3).

Em qualquer caso fica a impressão de que estas fontes de informação tenderão em geral a ser secundárias - ou só localizadamente relevantes - para a forma como estas pessoas entendem a saúde, o que a determina e como podem influenciá-la (mais uma vez com excepção de E11).

Interessante é notar que embora o nível de escolaridade seja inevitavelmente relevante para esta questão ele não se apresenta como totalmente condicionante, pelo menos quanto ao interesse e apetência por receber informação sentida como adequada - veja-se o exemplo de E6, não escolarizada e, no entanto, claramente empenhada em aprender mais sobre este (e outros) assuntos. Sugestivo será também o caso de E11 quanto ao papel fulcral que o contexto cultural (e experiência de vida) poderá ter no desenvolver de uma atitude não só interessada mas até exigente e pró-activa em termos de acesso a informação estruturada sobre as questões de saúde. De facto, encontramos aqui um indivíduo que, embora pertencendo à mesma geração dos restantes, patentemente incentivado pela sua experiência nos EUA, revela uma postura em termos de *consumerismo* que se suspeita ser rara em Portugal mesmo em gerações mais recentes.

● Relação com os profissionais de saúde

“...faço aquilo que os médicos me mandam fazer” “...o Sr. Dr. já tem as respostas todas, não quer perguntas do paciente”

O tipo de relação estabelecida e/ou procurada/desejada, com os médicos e outros profissionais de saúde, é pertinente para esta temática a mais do que um nível. Desde logo enquanto veículo potencial de informação/educação para a saúde. Mas também porque o posicionamento assumido, em especial em termos de submissão ao “poder médico” *versus* parceria será um importante indicador quanto à participação /responsabilidade /poder de decisão no plano dos tratamentos e cuidados individuais. Não tendo sido um tema sistematicamente aprofundado nas entrevistas, surgiu porém material que se justificará considerar. A questão da qualidade da relação com profissionais de saúde e outros foi já parcialmente abordada noutros tópicos de análise – reservando-se para aqui estes aspectos que terão relevância mais directa para o controle das pessoas sobre a sua saúde.

Tal como se verifica quanto a outros temas, mais uma vez se encontram consideráveis variações nas posturas/ expectativas dos entrevistados. Surgem, por um lado, em vários depoimentos, expressões do tipo “fazer o que (os médicos) nos mandam” (E6, E02, E2) - sugestivas de uma atitude de aceitação incondicional, dir-se-ia acrítica, da autoridade do médico.

Mas há também, como já se viu (em C2), entrevistados que manifestam relutância em procurar ou seguir cuidados médicos¹¹⁶ (p. ex., E02: “*só em último caso é que eu vou ao médico. () eu já conheço o meu corpo e sei aquilo que tenho*”).

Uma postura que vá além desta forma de autonomia traduzida em ‘evitamento/recusa’, aspirando a uma relação de assumida colaboração com o profissional de saúde só foi claramente encontrada num depoimento (E11) – de resto muito enfático nesta questão, expressando também grande frustração pelas barreiras que o entrevistado sente serem colocadas pelos médicos a um tal modelo de relação de partilha de decisão:

(Os médicos nos EUA) dão a escolha, dizem ao paciente: ‘O que é que você quer, quer isto? () aquilo?’ () ‘Tenho estes problemas. A sua opinião?’ E ele vai-me dizer: ‘Olhe, a razão é esta’ ou ‘A razão é aquela’ Ou ‘Tens que tomar isto’ ou ‘Não deves tomar’ E trago informação. Informação que eu posso ou não... – se vir que não vale a pena, que eu posso remediar-me assim como a coisa anda

[...] Não deixo por vezes de ficar irritado quando vou a um médico () ele tratou (o problema adequadamente) – mas não me disse uma nem duas!

Eu tenho a liberdade de falar lá (EUA) com o oncologista. Aqui não se pode, o Sr. Dr. já tem as respostas todas, não quer perguntas do paciente () Por vezes pergunta: ‘Quem é o médico? é você ou sou eu?’ Não estou a pôr a questão nesse aspecto!: quero é saber.

Como se verifica nestes excertos, uma das insuficiências sentidas por este entrevistado na relação com os profissionais de saúde situa-se ao nível da informação prestada, dimensão a que, destaque-se, também se manifestam sensíveis – ainda que de forma menos assertiva e crítica – outros entrevistados (inclusive entre aqueles que simultaneamente parecem assumir uma postura essencialmente de submissão face ao que o médico “manda”):

A médica tem muitos utentes, as enfermeiras também. (Se elas tivessem mais tempo) talvez davam mais atenção aos doentes. ()Explicavam mais, que não podem, não têm tempo para explicar muito - E6;

Olhe este que fui agora foi tudo à pressa () Tive para lhe fazer mais umas perguntinhas, sobre essa coisa, mas era a despachar e toca a andar, não fiquei assim muito elucidada - E02

Mais uma vez, no entanto, este não é um problema universalmente sentido – p. ex.:

[21- Informação pelo médico?] Sim, eu pergunto e... tal.. falamos - E1

Serão possivelmente também dificuldades de comunicação, de vária ordem, com os profissionais de saúde que contribuirão para a tendência observada entre vários entrevistados para delegar nos filhos parte da gestão da relação com os médicos – p. ex.:

A minha filha () é quem vai comigo ao médico (). Porque eu às vezes não ouço bem - e a gente para ir a um médico tem que ouvir bem para saber o que vai fazer! às vezes não percebo, e às vezes dá-me vergonha de estar a perguntar tanta vez – E13

Seja qual for o motivo subjacente, o resultado – o acréscimo de um outro interveniente/“mediador” no processo –representa um potencial risco de perda adicional de controle do idoso na matéria. Note-se, porém, que só uma entrevistada expressa queixas a este nível:

Quando eu podia ir tratar disso, marcá-las (as minhas coisas, com o médico de família)... () Tenho de depender de toda a gente e de tudo – já não sei, já não é a mesma coisa - E3;

o mais frequente parece ser a não problematização desta intermediação dos filhos/familiares na relação com o médico (e.g., E13, E8, E02).

Uma nota final, em todo o caso, para salientar que mesmo nos casos de inexistência de expectativas/reivindicações’ em termos de uma relação mais paritária ao nível das decisões de tratamento, ou, pelo menos de maior informação, tal não implica evidentemente que as pessoas não tenham outro tipo de exigências ou aspirações quanto ao contacto médico-paciente. Abordou-se noutro ponto, designadamente, a importância que parece assumir para vários entrevistados a “personalização” e

¹¹⁶ A que acresce a ainda mais frequente postura de relutância ou ambivalência face aos medicamentos, igualmente detalhada em C2 – Determinantes percebidos.

ênfase na componente afectiva, humana (por contraponto a uma relação mais estritamente profissional/técnica) na relação com os prestadores de cuidados.

Por outro lado, é também de lembrar que mesmo que não sejam expressas de forma directo, assertiva, as falhas podem ser sentidas – e até manifestar-se de modos mais radicais...

Dr.ª Vera – e eu chamo-lhe Dr.ª Fera! – foi a primeira e última vez que lá fui [...] Sabe o que ela me disse?: “Isso (exame desaparecido) anda para aí a passear!” [...] Pronto!, nunca mais lá fui. - E10

No plano supra-individual: Algumas modalidades de participação

• Participação no funcionamento dos serviços de saúde ou outros

“Pois se [as pessoas] vêem que não estão a funcionar bem, é dizerem! Só que não há quem as ouça, parte das vezes”

A pergunta sobre como os inquiridos encaram a oportunidade/ necessidade de ter alguma participação a nível do funcionamento dos serviços foi uma das que colocou mais dificuldades, não se tendo conseguido encontrar uma formulação compreensível para a generalidade dos entrevistados. A própria dificuldade em abordar o tema é desde logo sugestiva de que este tópico (pelo menos nos termos em que ele é encarado pelo próprio investigador), não será familiar ao pensamento dos entrevistados e as respostas obtidas fazem crer que formas estruturadas de envolvimento neste plano serão com boa probabilidade desconhecidas dos entrevistados. As respostas suportam também a ideia de esta não ser, possivelmente, uma necessidade sentida pelos próprios, nem uma área em que tenham *a priori* apetência por se envolver.

Para enquadrar esta questão poderá ser elucidativo explorar, a “montante” do aspecto da participação activa, elementos relativos ao modo como as pessoas encaram o funcionamento dos serviços aos quais estão mais ligados. Verifica-se então, no caso de alguns entrevistados, o que parece ser não só uma ausência de queixas ou sugestões, mas a inexistência de um posicionamento de apreciação crítica:

Bom, o Centro de Saúde, quer dizer, eu quando vou ao médico já tenho as minhas consultas marcadas, ou então vou marcar para tal dia. E então é assim. O hospital é a mesma coisa: os médicos marcam-me logo para daqui a uns 3 ou 4 meses e depois vou à consulta e é assim - E2

Pois, como eu não tenho assim... Como eu estou integrada ali no hospital... [queixas ou sugestões?] não, não, do hospital tenho tudo, tudo, tudo de bom. Não tenho nada, nada, nada [...] Os médicos do centro de saúde já é mais as coisas a correr, não é? Porque às vezes têm muitos utentes e então é tudo mais a correr. Ali no hospital nunca têm pressa aqueles doutores. Fica tudo bem - E1

Mas há também quem problematize o funcionamento dos serviços e o seu melhoramento:

Os serviços de saúde tenho a dizer só que demoram! [...] Não se admite que ela esteja 1 ano! – faz uma operação à vista e esteja 1 ano à espera para fazer da outra. Isto não se admite!, em tempo nenhum! Só aqui em Portugal - E5
Por exemplo, quando é aquelas alturas de cumprimento de coisas ali nas Finanças - (passo por ali), vejo aquelas filas enormes. () Às vezes vou sozinha, vou falando comigo própria: não haveria maneira de resolver isto? [...] - E7

Não significa, porém, que essas reflexões sobre o funcionamento dos serviços e formas de os melhorar ou, até mesmo, o reconhecimento da justificação /necessidade de participação dos utentes, se traduza obrigatoriamente numa apetência por tal prática:

...por não crerem na eficácia desse tipo de acção:

Dizer alguma coisa? Eu acho que sim! Pois se vêem que não estão a funcionar bem, é dizerem! Só que não há quem as ouça, parte das vezes (riso) - E10

Não, que é que vai dizer, eles não fazem nada do que a gente diz, não serve de nada. Eles é que mandam, é que sabem! - E5

...ou por não encararem o seu próprio envolvimento (por razões de disposição pessoal? de capacidade percebida?):

Pois, acho que sim. Mas eu não gosto de me meter nessas coisas... [...] Acho que é bom mas que eu.... () Já não tenho capacidade para isso! [...] Pois, ou de interesse – não tenho assim muito... que ver com isso. Mas achava!, achava que deviam fazer coisa mais... - E02

Isso já não interessa também. Agora os que lá estão é que têm que... reivindicar. - E3

Um dos entrevistados aponta obstáculos à participação, situados em simultâneo a esses dois níveis - o dos utentes, e os serviços/ profissionais:

Mas lá está, o utente tem que estar bem informado para ter uma participação mais activa. [...]

[Quanto à hipótese da sua própria participação:] *Eu não vejo!, não vejo essa possibilidade por uma razão simples: - talvez eu não esteja a (raciocinar) bem – o médico português, de uma maneira geral - eu estou a generalizar, o que não é correcto -, já nasceu médico! e como nasce médico... cuidado! - E11*

Quando inquiridos directamente sobre o recurso aos mecanismos de participação mais amplamente divulgados - o livro de reclamações ou o gabinete de utente - a recusa, por vezes bem enfática, é então a regra:

[fez alguma reclamação, sugestão...] *Não!! Não! (E2); Não faço! Eu não faço isso, nunca. (E5; E6);*

Eu não escrevi nada disso, ainda, não escrevi nada. (E10

• Participação política/cívica - na definição de medidas, serviços etc.

“Não, eu política não, política não, não me meto” “Interessa-me do bem estar das pessoas – mas como é que eu não sei!”

Passando ao plano mais amplo de participação nas políticas, consideram-se igualmente dois tipos de dados:

- não só aspectos mais directamente ligados à (apetência e prática) de intervenção dos entrevistados no plano cívico /político¹¹⁷;

- mas também elementos como as opiniões, sugestões e queixas expressas sobre condicionantes supra-individuais da saúde¹¹⁸, já que se considera a informação (e interesse) sobre as situações e a capacidade de as problematizar, identificando causas, meios e agentes de transformação, como condições preliminares do envolvimento em processos de mudança social.

E a este nível, o panorama no essencial repete-se face ao encontrado para o funcionamento dos serviços, ou seja, com importante variação individual no que concerne à capacidade de problematização e quase inexistência de práticas (ou sequer perspectiva) de participação.

Assim, encontram-se entrevistados que parecem estar no que se poderia chamar “nível zero” de apetência /preparação para a participação - aparentemente não procurando/dispondo sequer de informação, e menos ainda assumindo um posicionamento de análise crítica:

Não sei o que é que me faz falta. Faz falta a saúde - é o que eu não tenho, mais nada. - E10;

Pois sei lá – pois às vezes poderia haver coisas que são melhores, mas não são. Temos que contentar com aquilo que temos. () Eu não sei, eu não estou dentro desses assuntos.() Oiço falar, oiço falar, mas assim... Não sei responder a isso. - E9;

Pois, realmente, desses assuntos eu não... () Para dizer a verdade, não () ando assim muito dentro desses assuntos. Eu ouço as pessoas falarem! que realmente a coisa não está bem, e isto e aquilo - E8.

E outros que se interessam, de alguma forma acompanham:

Gosto de saber, gosto de ouvir e dar um bocado... Às vezes as pessoas não estão muito de acordo, mas eu vou dizendo... (riso) [...] Gosto, gosto. E saber, assim nos noticiários para ver... e não fizeram aquilo naquela Câmara e fizeram aquilo naquela, e cortaram ali o comboio. Isso gosto de saber tudo. Isso gosto - E1

Alguns, inclusive, apresentando uma diversidade de queixas mas também de sugestões de medidas necessárias, em vários domínios, às vezes não só atendendo às suas próprias necessidades, mas igualmente às de outros grupos da população – e (no primeiro exemplo apresentado) até fazendo apelo a um maior envolvimento (sob a forma de consulta) das pessoas idosas por parte das autarquias...:

Pois talvez a Câmara ou a Junta de Freguesia podia () ter o cuidado () como é que os velhos se deslocam a tal sítio.

Saberem... “Fulano estás aí sozinho nessa casa. Como é o teu viver? Vou-te informar para tu dizeres se te falta alguma coisa”. () Devia haver mais participação pelas entidades competentes... () Tens família, não tens família? Quem te leva? Ou a tua família trata-te bem? – E1

¹¹⁷ Abordados essencialmente nas perguntas [24] e também [20] (ver Guião – Anexo 3).

¹¹⁸ Nas questões [17] a [20] e, genericamente ao longo dos depoimentos.

O Estado devia ter casas (lares de idosos) para os pobres também irem para lá. Porque há pessoas que morrem mesmo... que não têm quem lhe acuda e não têm meios para viver. (...) embora pagassem alguma coisa, mas não é essa quantidade; pagar conforme a reforma que tenha [...](Necessidade de um subsídio para mulher) nem que fosse só para os medicamentos!, era o suficiente – que não dá.() E depois é uma enleada! para conseguir isso é uma enleada. Portugal é um país só de papéis! [...] Os medicamentos é uma coisa que não deviam nunca de aumentar muito. Ou por outra, não ter quase praticamente percentagem nenhuma de IVA.– E5

Sim: acho que deviam fazer casinhas para os pobres - que não fazem. Quer dizer: fizeram um Bº Económico () era para os pobrezinhos. () Deram aos polícias, a outras pessoas que tivessem comércio. Isso eu achei mal. [...] Têm feito os terrenos aí tudo em casas, porque é o que está a dar: é os cafés e as casas, e isso assim. Mas todas as pessoas deviam de ter um bocadinho de terra para... se alimentarem, para cultivarem. Andavam entretidas [...] Tudo quanto é do Estado é assim: Sábados e Domingos não há (). Devia de haver tudo mais, com mais fartura para que a pessoa não quisesse ir aqui fosse ali, e ali despachava-se mais rápido – E6

No entanto, tal problematização, quando se manifesta, tende a centrar as responsabilidades exclusivamente nas “entidades competentes” (estatais em geral - afirma-se ou deduz-se –, ou até mais vagamente “eles”...) não identificando aparentemente possibilidades de influência dos cidadãos nesse domínio. Ou seja, mesmo os que acompanham e analisam, podem estar ainda longe do estágio de reconhecer sequer a hipótese - quanto mais “contemplar” a intenção... - de passar à acção.

Mas há apesar de tudo quem tenha já posto em prática, ainda que não sistematicamente, algumas formas de envolvimento:

[24] Sim, às vezes vou, mas pouco, pouco. Não me enfronho muito nisso, não... No entanto, acompanho um bocadinho também... ()Já tenho ido! qualquer reunião desse tipo, de Câmara(). Mas não faço com muita assiduidade. - E7

[24] Isso é política: aí por vezes já... E é um assunto que, embora isso diga respeito à comunidade em si, e por conseguinte a mim também... mas por outro lado um indivíduo vê... [...]Mas a Câmara tem uma coisa boa: todos os meses têm um dia, em que está aberto ao público ()uma sessão camarária () e o indivíduo que tem um problema, vai lá e diz assim: [...] A coisa dá logo conversa, não é? e às vezes aquece. Mas está bem, o problema fica logo resolvido. [...] [Já recorreu?] Já () Mas há muita gente que não sabe que a Câmara tem (essa sessão) [...] - E11

Note-se que estes últimos são precisamente os entrevistados com nível educativo, social, económico mais elevado... É interessante assinalar, no entanto, que essa relação não se detectou, entre os casos analisados, no que se refere à tendência para a problematização/análise das situações (que, como se viu nos exemplos, se manifesta inclusive em entrevistados com pouca ou nenhuma escolaridade formal).

Particularmente interessante será a exploração de pistas quanto ao não envolvimento:

A ideia de “política” por si só parece desencadear uma rejeição, por vezes enfática, em várias pessoas:

Não, eu política não, política não, não me meto. () Não, eu não discuto esses assuntos - E5;

[17] Isso! () não vale a pena me pedir coiso que eu não digo nada, porque... é bater... [...] - E01;

[24] Pois, pois essas coisas sim, há muita gente que tem isso, mas eu não. ()Não tenho interesse nisso: façam o que quiserem mas que façam bem (); e se fizerem mal também não vou discutir. Não tenho capacidade para isso. - E02

[24] Nã...eu... não vou.. nã, nã, não sou lá dessas opiniões - E10

De sublinhar, no entanto que por exemplo o primeiro destes entrevistados (E5) é dos que mais reflexões apresentou (ver exemplos acima, de sugestões); e, por outro lado, ele, como outros, mostra-se disponível e até empenhado em dar outro tipo de contributos para a vida colectiva, como se adiante verá, pelo que parece importante não confundir a recusa daquilo que consideram “política” com forçoso desinteresse / desinvestimento da vida pública e até da participação cívica, ainda que só sob determinadas formas.

Mas haverá também casos em que tal desinteresse ocorrerá. Algumas pessoas - incluindo as entrevistadas em situações de maior fragilidade a nível de saúde - dir-se-iam centradas num universo bastante limitado, essencialmente restrito ao espaço das suas movimentações e interações quotidianas (i.e., nalguns casos a casa, quase só, e/ou eventualmente a instituição). Exemplos:

Pois, não me preocupo assim muito com essas coisas, porque tenho aqui esta vida e esta coisa e... [...] - E2;

Pois eu quase que não conheço o que há por aí () Oiço falar... Que o meu convento está aqui e pronto - não saio daqui. [...] Às vezes oiço na televisão, falar disto ou daquilo. Mas (riso) tenho aqui o meu território. - E9;

Onde vou é à minha farmácia. () À loja não vou! (riso), nunca mais comprei nada! () O meu filho é que me compra qualquer coisa () Eu pouco vejo televisão, porque posso ouvir um bocado mas (problemas de visão) ... - E8.

e/ou considerarem que não têm capacidade

[24] Não... não... Como eu lhe digo, eu fiquei um bocadinho... como há 1 ano ando mal¹¹⁹, pronto - E1

Não, não... Eu não sei, eu não sei. Eu penso cá comigo, mas... sei lá, não tenho... palavras para discutir essas coisas () Interessa-me do bem estar das pessoas – mas como é que eu não sei!. [...] Aqui em casa sou capaz de dar à língua. Aqui em casa dou – mas fora daqui não. - E9

Pois eu acho que sim! que podiam fazer qualquer coisa mais [...] Mas já nisso... - eu não sei muito bem movimentar essa coisa. - E02

Não percebo nada de política. [...] Já não tenho... também já tenho respondido que não tenho capacidade para saber o que é que faz falta ou não faz. Não estou dentro desses assuntos [...] - E3

e/ou de que esse tipo de acção é ineficaz:

Sei lá – pois eles fazem alguma coisa?! - E6

Será interessante a este propósito assinalar que a falta de eficácia percebida não parece impedir outra forma de participação cívica, espontaneamente referida por essa mesma entrevistada, que ao mesmo tempo que afirma “isto não deve melhorar assim muito. Que seja PS, que seja PSD, que seja o partido que for isto deve dar tudo na mesma”, acrescenta:

Enquanto eu puder eu vou sempre votar.

• Outras formas de participação: modos distintos de envolvimento e contribuição?

“...O que alcanço faço tudo...”

Em comparação com as anteriores, as perguntas orientadas para o eventual envolvimento dos indivíduos em acções colectivas de intervenção mais directa, por exemplo através da colaboração com associações ou outros grupos locais, evocaram talvez menos situações de frontal recusa e mais de incompreensão. Esta revela-se, por exemplo, em respostas que simplesmente apontam responsabilidades de outrem, parecendo não ser sequer captada a perspectiva de intervenção do cidadão incluída na pergunta:

[20] Não estou a ver nada... que eles melhorem isto, que isto cada vez está pior – E6

Pois talvez a Câmara ou a Junta de Freguesia podia [...] – E1

Mas há quem claramente assuma uma perspectiva de impotência individual, colocando todo o poder de acção nos decisores, para tal formalmente mandatados:

[20] Aqueles que podem fazer são () os superiores; esses é que podem fazer. () A gente não pode fazer nada – o que é que a gente pode fazer?... Há pessoas que ainda vão ajudar ao hospital e outras coisas mais... [...] Eu, se pudesse, se pudesse eu fazia! Mas não posso. Faço aqui [...]! - E5

E, no entanto, como esta mesma resposta indicia, encontram-se exemplos concretos de participação – que se caracterizarão talvez por se situar em meios/actividades mais próximas da esfera de acção habitual das pessoas e possivelmente ainda por serem de cariz mais individual. Há um exemplo de voluntariado organizado:

Faço também voluntariado no Hospital, 1 dia por semana. [...] ‘aqui venho marcar eu a minha presença, algum dia que esteja nesta situação...’ Mas () sabe quando é que nasceu em mim mais essa vontade de fazer voluntariado?: (marido internado). E então pensei sempre que “um dia serei eu que, se puder, venho aqui fazer isto” () E gosto - E7

Mas possivelmente poderão ser mais frequentes outro tipo de acções individuais, capitalizando conhecimentos/ capacidades prévias, que correspondem afinal a um voluntariado informal - ainda que não necessariamente reconhecido /valorizado como tal:

Faço aqui (instituição/associação) – não ganho um tostão aqui. () Tenho feito muita coisa e gosto de fazer. [...] O que alcanço faço tudo, tenho feito aqui muita coisa. Olhe, estes estores fui eu. () Nunca levei um tostão, aqui dentro. Ajudo – para que isto cresça!, cresça - E5

¹¹⁹ Refere-se literalmente a limitações de mobilidade.

Poderá aliás justificar-se incluir aqui referência a uma outra situação que, não sendo de participação cívica num sentido estrito, representa uma forma de contribuição individual para a vida colectiva – as inúmeras plantas que E13 mantém num espaço comum a vários prédios, beneficiando até certa altura de uma colaboração informal com os serviços camarários:

Eu sou muito de flores: isto que está aí () isto era tudo meu () Agora é que já não presta. () Diz que era o jardim mais lindo que havia aqui que era este. Agora é que já não. (A Câmara) deu-me uma mangueira que era para eu regar tudo. Agora vieram para aí esses da Câmara, ()uma companhia nova () cortaram a mangueira e levaram as peças E agora vou pagar uma data de água para regar as coisas? Mesmo assim ainda rego estas florinhas...

Os depoimentos sugerem que o envolvimento neste tipo de actividades, seja por serem em si mesmo prazenteiras e/ou por representarem uma oportunidade de ser útil – algo expressamente (E7, E1) ou implicitamente valorizado por alguns entrevistados – tende a ser percebido como benéfico para o próprio. Ou até quase como uma “necessidade” (e consequentemente como um motivo de frustração quando não se encontram oportunidades adequadas...) - como no caso de E11, que procurou activamente concretizar diversas formas de participação (seja em actividades económicas no domínio da sua anterior actividade profissional, seja em actividades de informação sobre problemas de saúde que ele próprio viveu, seja ainda para enriquecimento da vida social):

Ah, se pudesse ainda ser útil! [...] ajudar, passar a experiência e o conhecimento que eu tenho () Sem qualquer remuneração. Mas também que não me vá custar a mim do meu bolso.[...] (Oportunidades) de fazer alguma coisa, passar informação.

Evidentemente não será para todos:

(Isso) quando eu trabalhava, porque eu agora já não me puxa ir fazer esses serviços – voluntariado, por exemplo – já não me puxa. Não sei porquê. - E01

Eu acho que sim, que devia de haver quem fizesse, quem se unisse e fizesse qualquer coisa por isso (melhorias no bairro/cidade, etc.) [...] (Mas eu) não, não me metia nisso. Não dou para isso. - E02

E quanto a formas de organização/acção colectiva - para, por exemplo, resolver questões que mais proximamente interessam aos indivíduos – mesmo havendo consciência do seu potencial e/ou motivação para este tipo de envolvimento, parece provável que não se encontre oportunidade/contexto para o concretizar:

Diz que nós temos que () ir pedir à Câmara, para fazer (certas melhorias no serviço de mini-bus). (Mas a própria nunca o fez, porque) Não, uma sozinha não dá. Dá é muitos. Como quando nós vamos votar para o Ministro, temos que ser sempre muitos a votar que é para ver... () Só um não chega - E6;

E não há aí organizações em que... Lá em cima, no Norte () as pessoas que ficam às vezes sem emprego e têm a iniciativa de começarem a fazer qualquer coisa por conta deles. - E11;

Os homens não fazem absolutamente nada nesses aspecto! () Há aí uma associação oncológica, aqui em Faro – para as mulheres, os homens não - E11.

Neste panorama, as associações, ou organizações afins, surgem como recurso com aparente potencial importante por captarem (parte dos) idosos, proporcionando um quadro não só de interacção social e ocupação/actividade (e como se viu, ilustrado em E5, de oportunidade de contributo individual) mas também de possível auto-organização para acção colectiva:

Tenho isso a nível da Universidade: temos muitas coisas que criamos, eventinhos que vamos fazendo e isso ajuda-nos muito - E7

Assinala-se de resto, mais genericamente, que a ligação às instituições em que foram contactados são para vários entrevistados - mas não todos - motivo de satisfação (e.g., E1, E5, E6, E7, E01 - ver em Anexo 4 tópico relativo a serviços para idosos).

Nesse sentido será relevante atentar ao facto de vários entrevistados indicarem ter reduzido, nos últimos anos, a participação na vida associativa e outras colectividades/grupos/actividades com cariz “convivial”,

apontando alguns motivos¹²⁰: financeiros (E5, E13, E8), de dificuldade de mobilidade sem apoio de transporte (E1), problemas de saúde (E01.), ou ainda por inexistência de organizações adequadas (E11) – e.g.:

[Sobre a pertença a outras associações] Não, não. Já fui antigamente: era sócio (2 associações.) Mas era quando trabalhava. Agora depois disso acabou tudo: não há para pagar. - E5;

Não há aí grupos sociais em que o indivíduo se possa associar [...] (Nos EUA) há grupos sociais: um montão deles. Uns dedicados à arte, outros dedicados à literatura (etc.) E um indivíduo, conforme a sua cultura e o seu conhecimento, vai experimentar um [...] Quando voltei para cá pensei em fazer o mesmo [...] Eu pus um anúncio num jornal () apareceram-me aí umas 5/6 pessoas. Mas () a nossa mentalidade ainda não se adapta a isso. - E11

Naturalmente mais uma vez são igualmente identificadas barreiras/dificuldades a nível do próprio indivíduo - e.g.:

[23] Não sei, não me dá... A cabeça ajuda mas o corpo não. Eu de cabeça ajudo tudo – mas depois penso assim: eu se calhar vou fazer mal, se calhar não faço bem. () Eu pouco saio de casa. Agarrei-me à casa e pouco saio de casa - E9

C.3.4. Discussão

Um tema central na presente pesquisa, em coerência com o enquadramento conceptual adoptado, é o **empowerment** pensado como controle dos indivíduos/comunidades sobre os determinantes da sua saúde – com especial atenção prestada às dimensões de **empowerment** individual/psicológico que podem ser captadas explorando as concepções espontâneas de saúde das pessoas. Em particular, pretende-se abordar o entendimento leigo sobre quais são os determinantes da saúde e quais as possibilidades de influência/acção sobre elas. Um conceito útil para o enquadramento de uma tal análise é o de **literacia crítica**, vertente essencial do **empowerment** individual, que abarca (entre outras) as dimensões de conhecimento/ reflexão/ consciência crítica fundamentais para agir no sentido da melhoria/ manutenção da saúde. Na sequência da própria análise (ver Discussão C2) veio a ganhar destaque um outro conceito que complementarmente contribui também para o **empowerment** psicológico: o sentimento/**percepção de controle** sobre a saúde. Outras vertentes fundamentais de um efectivo **empowerment** em saúde - respeitantes quer às capacidades, motivações e práticas individuais, quer, mais ainda, às oportunidades/ recursos/ condições estruturais para o exercício de poder/controle sobre os determinantes da saúde – ficam, atendendo à sua natureza, essencialmente fora do âmbito de uma pesquisa desta natureza, ainda que se tenha procurado assinalar pistas pontualmente fornecidas pelos depoimentos sobre tais dimensões.

Na análise incluída nesta secção/C3.3 destacaram-se os resultados relativos às expressões mais directas de possibilidade de influência ou controle percebido das pessoas sobre a sua saúde, e aos aspectos de literacia crítica relativos à consciência/ concepções leigas sobre modos de agir sobre a saúde. Na discussão dos mesmos ir-se-ão, no entanto, integrar outros dados. Destaca-se a análise das concepções leigas de determinantes/explicações de saúde focadas na secção anterior (C2), abordadas agora num prisma de literacia/consciência crítica, e a discussão aí iniciada sobre o controle percebido. Incluem-se ainda outros elementos complementares, resultantes de estudos sobre temáticas afins em Portugal.

Conhecendo-se escassa investigação qualitativa focando estas mesmas questões junto da população idosa, a discussão assume como referência sobretudo os conceitos teóricos referidos - literacia crítica, controle percebido e, mais genericamente **empowerment** e participação (cf. secção A) –, a par do enquadramento conceptual de fundo adoptado no presente trabalho. Saliente-se a visão da saúde PromS, englobando determinantes positivos e negativos, individuais e ambientais, e modos de acção que privilegiam, para lá da agência pessoal expressa por exemplo em comportamentos de saúde, formas de participação, quer a título individual quer colectivo, dirigidas aos vários tipos e níveis de determinantes da saúde (cf. Cap. 1 e 2).

¹²⁰ Para mais detalhes e ilustrações sobre este tópico ver Anexo 4.

3.4.1. Controle percebido

Uma das principais ideias decorrentes do presente estudo é a da centralidade que a noção de controle parece assumir transversalmente no entendimento leigo da saúde.

Nas componentes anteriores da discussão das entrevistas (C2) assinalou-se que:

- o controle parece central na própria noção/definição leiga de saúde, e consequentemente também nos critérios de avaliação da saúde.
- as próprias estratégias de avaliação de saúde adoptadas (e porventura, inclusive, as definições valorizadas), podem reflectir formas de “controle secundário”, nomeadamente face a circunstâncias desfavoráveis.
- da natureza das explicações causais da saúde decorrem também implicações em termos de controle. Não só ter a percepção de que se conhecem as causas e factores influentes num fenómeno é, em si mesmo, dimensão de controle, como a valorização de certo tipo de determinantes (p. ex. proximais, no plano individual – como os comportamentos) favorecerá percepções de maior controle interno pessoal, enquanto outros (p. ex., cuidados médicos, factores ambientais) tendem a implicar um controle dependente de terceiros, ou mesmo sentimentos de impotência (como acontecerá, p. ex., ao dar-se preponderância a factores constitucionais, como idade, ou outros incontroláveis, como o acaso ou Deus). No entanto, será importante sublinhar que as consequências do tipo de atribuições favorecidas em termos de controle percebido potencial dos indivíduos sobre a sua saúde serão mediadas por outras percepções – com destaque para as vias de acção possíveis sobre os determinantes identificados, adiante aprofundadas.
- as constelações identificadas como características da organização intra-individual do pensamento causal em saúde em subgrupos de entrevistados, parecem reflectir posicionamentos também distintos ao nível do controle percebido. Vão elas do escasso controle sentido na constelação 1, ao máximo controle pessoal, sobretudo de cariz psicológico, característico da 2, passando pela posição intermédia dos entrevistados na constelação 3, em que um controle parcial se presume será conseguido sobretudo seguindo comportamentos prescritos e por acção de/colaboração com terceiros, como os profissionais de saúde.

Os elementos apresentados nesta 3ª componente da análise permitem acrescentar e reforçar mais algumas indicações sobre o tema:

- Tal como se viu ser salientado na literatura para outras vertentes das percepções leigas (v.g. Blaxter, 1997), também a propósito do controle percebido parece importante distinguir o contexto em que se coloca a questão.
 - A possibilidade genérica de exercer controle não coincide necessariamente com o que é posto em prática (e.g., reconhecer que a nutrição influencia a saúde, não significa que se faça uma alimentação saudável: “*podem - mas não querem*”), indo ao encontro da constatação, frequente na investigação em saúde, de falta de correspondência entre conhecimentos-actitudes-comportamentos (v.g. Hughner, Klein, 2004).
 - Em particular, o que válido para os outros não se aplica obrigatoriamente ao próprio (e.g., os outros podem influenciar a sua saúde evitando beber, fumar, etc., ao passo que o grave estado de saúde do próprio, que não tem tais “vícios”, “calhou” e/ou está para lá do seu controle).
 - Este último exemplo lembra ainda que pode ser igualmente relevante ter em conta a natureza dos resultados em causa: assumir controle/responsabilidade por um mau estado de saúde, como se viu também suceder entre os entrevistados, ao contrário do que ocorre em geral com a responsabilidade face a resultados desejáveis, não tem necessariamente efeitos benéficos sobre o bem-estar emocional e até a saúde, como a investigação em idosos tem verificado (v.g. Kunzmann *et al.*, 2002).
- Reforça-se a ideia da relevância que o contexto ou circunstâncias concretas de vida das pessoas terá na sua percepção de controle – com destaque para o estado objectivo de saúde, tendo-se verificado nas entrevistas que as situações mais graves tendem a estar mais associadas a expressões de reduzido controle. Bolam *et al.* alertam igualmente para a inadequação da tendência para reduzir a percepção de controle a uma “propriedade interna dos indivíduos” (2003, p. 26) numa outra dimensão, que se prende com o seu carácter social, e que pode ser especialmente pertinente para mais adequada interpretação das relações entre as explicações de controle e o (baixo) estatuto socioeconómico dos indivíduos¹²¹. Trata-se de uma

¹²¹ Como se referiu já, Bolam *et al.* propõem que, ao interligar aspectos aparentemente contraditórios de “fatalismo” e “pensamento positivo”, participantes de baixo ESE expressam uma “negociação” que lhes permitirá “*navigate the moral imperative of responsibility for health in the context of adverse and capricious circumstance*” (2003, p. 15).

perspectiva de provável relevância acrescida face às características da população idosa portuguesa, muito embora o presente estudo não reúna dados esclarecedores para uma análise nessa vertente.

- De um modo mais geral, entre os entrevistados a percepção de possibilidade de controle do indivíduo sobre a sua saúde é bastante generalizada - mas não universal, sendo que em cerca de um terço dos depoimentos parece predominar um sentimento de impotência.

Mas mais importante talvez do que um comentário sobre a prevalência genérica do sentimento de controle será a noção decorrente da análise efectuada, de que (tirando possivelmente em casos mais extremos – sobretudo pela negativa) as perspectivas das pessoas, mais uma vez, não parecem ser adequadamente captadas por dicotomias simplistas. Tal verificaram igualmente Bryant *et al.* (2001), no seu estudo sobre concepções de “*healthy ageing*” em que nem sempre o *locus* de controle dos participantes era inequivocamente externo ou interno. Também na pesquisa de Fee *et al.* (1999), se a percepção mais generalizada dos participantes era a de que as pessoas têm, ao limite, pouco controle sobre a sua saúde nas idades mais avançadas, muitos pensavam, simultaneamente, que certos comportamentos podiam melhorar o bem-estar e qualidade de vida. No presente estudo, o que com mais frequência transparece dos depoimentos recolhidos será alguma possibilidade de controle (variável), associada a percepções diferenciadas em termos dos seus condicionantes e alcance/importância percebida, bem como das estratégias (e “agentes”) preferencialmente implicados.

Tais matizes poderão, por um lado, ser vistos como concordantes com perspectivas como a dos citados Bolam e colegas (2003), que apontam a natureza essencialmente “dilemática” da questão do controle, bem como, possivelmente do conhecimento leigo de forma mais geral. Como já se havia visto para outras vertentes das concepções espontâneas em saúde, significa isto que os indivíduos “jogam” com diversas posições tendencialmente contraditórias, interligando-as num todo complexo e ambíguo, que procura de algum modo dar conta de si, da sua situação e circunstâncias mais amplas de vida. Por outro lado, reflectirão a abrangência e complexidade próprias da noção de “controle”, que a produção teórica neste domínio tem vindo a ilustrar com uma profusão de definições, termos e componentes identificados (cf. Cap. 2-B.2.1.2). São nesse sentido sugestivos de que será possivelmente mais produtivo distinguir na investigação diferentes aspectos de controle do que ater-se simplesmente a classificações do tipo controle interno vs. externo, forte vs fraco, etc. No tópico seguinte a análise concentra-se nalgumas vertentes das concepções leigas associadas ao conceito de “controle” que parecem especialmente úteis numa perspectiva de PromS.

3.4.2. Consciência crítica – Um pré-requisito para controle/influência

Quando se considera a literacia em saúde essencial para o *empowerment* (v.g. Jakarta, 1997), apontando-a como “*a critical empowerment strategy to increase people’s control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility*” (Kickbusch *et al.*, 2006, p. 8) estão em causa uma diversidade de componentes e vertentes deste conceito que não serão aqui endereçadas. Como se deixou justificado na introdução teórica, o presente estudo interessa-se sobretudo pelo nível, mais elevado, de “literacia crítica”, que tal como é definida por Nutbeam (2000) é especialmente relevante para o *empowerment* individual e colectivo, e em particular pela informação/ compreensão/ consciência dos indivíduos sobre dois aspectos:

- os **determinantes** da saúde;
- as **acções** individuais e colectivas para modificar tais determinantes.

Saliente-se que, ainda em consonância com a conceptualização deste autor, enfatizando uma abordagem mais ampla do que a tradicionalmente adoptada (Nutbeam, 2008a), os conteúdos relevantes devem ir além dos estilos de vida pessoais e da utilização que é feita dos serviços de saúde, para abarcar também as condicionantes mais estruturais da saúde, designadamente: “*information on social and economic determinants of health, and opportunities to achieve policy and/or organizational change*” (Nutbeam, 2000, p. 266). Estes são pois os aspectos mais valorizados na discussão que se segue.

a) Consciência sobre os determinantes da saúde

Integrando aqui a análise e discussão já desenvolvidas sobre as concepções causais dos entrevistados sobre saúde (C2), destaca-se em primeiro lugar, pela positiva, a compreensão **multideterminada** que os entrevistados normalmente revelam, bem como o **leque bastante amplo** de factores de que mostram ter

consciência, cingindo-se não só a determinantes individuais, comportamentais, e ligados aos cuidados de saúde mas reconhecendo também influência de factores do ambiente físico, social e económico.

No entanto, se a “aproximação” assim manifestada a um entendimento **complexo**, indo **além das causas mais proximais** enfatizadas pelos modelos médicos e comportamentais, pode ser auspiciosa para uma consciência crítica, ela parece ser também, claramente **incompleta**. Por um lado, olhando a globalidade das atribuições, a influência de certos factores não é reconhecida (por exemplo, nenhum dos entrevistados atribuiu relevância ao nível educativo) e, de uma forma geral, em especial determinantes a nível macro-estrutural e mais afastados das condições imediatas de vida das pessoas tendem a ser negligenciados (por exemplo, políticas e dinâmicas promotoras de desigualdades sociais em saúde, ou, no plano temporal, influências antigas, cumulativas, são com frequência ignoradas). Acrescente-se ainda a preponderância genérica de factores de risco, face aos recursos/factores protectores ou promotores de saúde. Por outro lado, como se viu, ainda que reconhecendo vários determinantes, a pessoas revelam tendência para valorizar um número mais reduzido – que, como expressam as “constelações” identificadas em C2, recaem esmagadoramente sobre práticas e cuidados de saúde e outros comportamentos e características pessoais, reforçando o relevo que assume o plano individual/ proximal.

Se, finalmente, se cruzar ainda esta informação sobre as explicações causais dos entrevistados com as percepções que exprimem sobre a possibilidade dos indivíduos em geral e/ou deles mesmos em particular, influenciarem a sua própria saúde, constata-se ser esmagadora a incidência desta sobre os aspectos individuais, comportamentais e médicos. Ora tal visão não só é incompleta, como pode por vezes representar modos de controle de menor “eficácia”¹²². Nalguns casos estará em jogo mais o controle sobre as consequências da saúde, porventura mesmo até só ao nível da vivência subjectiva, do que a influência sobre reais determinantes (i.e., estar-se-ia num plano de controle secundário, de acomodação, mais do que primário, transformador da realidade). Por outro lado, incluem-se também aqui crenças na importância da medicina e dos profissionais que outros autores têm interpretado como podendo ser propiciadoras de um menor controle pessoal sobre a saúde, não só porque o transfere para outrem como, sobretudo, porque se tende a associar a uma perspectiva só curativa (Fee *et al.*, 1999). Já no que se refere aos factores ambientais e mais distais, ou não surgem quaisquer referências à sua eventual modificabilidade (e.g., poluição), ou então esta cinge-se à acção das “entidades competentes”, sem nenhum papel/ influência atribuída ao indivíduos. Ou seja, mesmo quando as pessoas reconhecem determinantes ambientais /estruturais, não parecem ter consciência de modos de sobre eles exercer algum controle. Como de seguida se aprofundará.

b) Consciência sobre os meios de acção em saúde

• Práticas de saúde

Sendo o propósito e metodologia do estudo orientados para explorar especialmente perspectivas relativas a modos de acção visando determinantes da saúde supra-individuais, importa começar por salientar que, de acordo com o que era expectável, esses não são de facto, de modo algum, aqueles que os entrevistados privilegiam quando pensam em termos de influenciar a sua própria saúde. Força de vontade, reagir/lutar contra as dificuldades, procurar formas de actividade/ocupação, distracção e suporte social, bem como precauções alimentares, exercício, e os cuidados/ vigilância médica, seguindo as instruções de tratamento, serão, como se viu algumas das principais vias de acção mencionadas nas respostas abertas. Se as primeiras, típicas da postura “voluntarista” antes descrita (constelação 2), são relativamente ignoradas pela comunidade científica e profissional, já as últimas que, recaem na categoria de estilos de vida saudáveis e cuidados de saúde, correspondem precisamente aos aspectos mais focados quer nas mensagens de promoção da saúde, quer na investigação neste domínio. Assim, e embora não se pretenda aprofundar essa vertente no presente estudo, existem outros dados disponíveis sobre a matéria susceptíveis de breve comentário. Em particular, o **inquérito** SDP efectuado em Portugal em 2001 por Cabral

¹²² Refere-se aqui a eficácia em termos de facilitar mudança real dos principais determinantes da saúde do indivíduo – sem negar porém que a percepção de controle, mesmo que nesse sentido ilusória, pode, por si mesma, ter benefícios.

et al. (2002)¹²³ inclui uma secção contemplando precisamente “Hábitos de Saúde”, relativa às percepções dos indivíduos sobre o que fazem para melhorar o seu estado de saúde. A retomar no “Perfil de Saúde” (Cap. 5-B.3.2), estes dados (Quadro 02-III-Anexo 5) sugerem que tomar alguma precaução deste tipo se torna bem mais frequente entre os portugueses idosos por comparação com a população em geral. Contudo, mesmo nesse grupo os valores não vão além dos 50%, e, quando se averigua quais as acções específicas, verifica-se que, nesses casos, estão em causa em geral somente um ou dois tipos de aspectos. O inquérito recorre porém a uma lista de alternativas pré-definidas (controle da pressão arterial, do peso, exercício físico ou outros) que os dados das entrevistas realizadas no quadro do presente estudo sugerem poder não ser totalmente representativas do que os inquiridos espontaneamente considerariam medidas a tomar em favor da sua saúde. De qualquer modo, as respostas à questão principal indiciam que uma postura individual de prevenção/ promoção da saúde, mesmo que acentuando-se entre os mais velhos, está ainda muito longe de ser universal, com significativas diferenças geográficas e entre sexos (mas não socioeconómicas) subjacentes. É possível também que tal postura seja, em boa medida, “incentivada” por um agravamento do estado de saúde, mais do que por uma orientação geral para uma saúde positiva, já que é entre os que sofrem mais problemas que ela surge com maior frequência.

• Informação/educação para a saúde

Este é o meio de actuação privilegiado no modelo dominante de promoção da saúde, em que a transmissão de conhecimentos, motivações e eventualmente competências, é salientada como chave para a assunção de maior responsabilidade individual na mudança de estilos de vida e mais adequada utilização do sistema de saúde, considerados os determinantes essenciais da saúde. Mas – ainda que com conteúdos e métodos possivelmente distintos - ela é igualmente ferramenta essencial para uma postura mais consciente e reflexiva, indispensável ao aprofundamento da literacia crítica em saúde. De qualquer modo, a própria exploração da dinâmica da formulação e manutenção/evolução das concepções leigas de saúde passa pelo conhecimento das fontes e tipos de informação acedidos e valorizados pelos indivíduos.

As pistas que o presente estudo trazem a estas dimensões vão em primeiro lugar no sentido de sugerir que haverá com frequência **interesse**, por parte das pessoas, em informação relativa a temáticas de saúde. Não só mencionam a televisão como fonte de informação, mas também, mesmo entre indivíduos com pouca escolaridade, livros e jornais. Esta indicação da importância da televisão e de informação escrita de ampla divulgação é coincidente com os resultados do estudo qualitativo realizado com idosos britânicos por Fee *et al.* (1999) – que indicava, em especial, a utilidade de programas televisivos leves, de entretenimento, informais mas factuais e relevantes para vida das pessoas. Por outro lado, esses autores sugerem a provável utilidade de sessões de esclarecimento, seguidas de discussão de grupo, atendendo ao prazer que detectaram associar-se ao conversar sobre saúde com pessoas da mesma idade. Embora esse tipo de sessões pareça ser desconhecido da generalidade dos entrevistados portugueses, o apreço manifestado por aulas desses temas entre os frequentadores da Universidade da Terceira Idade poderá ser sugestivo de eventual adesão positiva a iniciativas desse tipo, caso viesse a existir uma oferta mais ampla e generalizada.

No entanto, encontram-se também entrevistados que parecem restringir-se à informação veiculada por profissionais de saúde¹²⁴ e outros aparentando não valorizar sequer esse tipo de possibilidade.

¹²³ Os dados do inquérito SDP comentados neste capítulo têm duas proveniências: para os resultados referentes à globalidade da população portuguesa a fonte é a publicação dos próprios autores (Cabral *et al.*, 2002); já os dados específicos para as pessoas idosas resultam de uma análise secundária, a partir do ficheiro de dados do inquérito (Cabral *et al.*, 2001) cujos resultados são incluídos no Anexo 5, Quadros 02 a 07-III.

¹²⁴ O papel dos profissionais de saúde enquanto fonte de informação, é retomado no tópico seguinte.

Em todo o caso, o panorama assim traçado pelo presente estudo, não coincide¹²⁵ com o que resulta do Inquérito SDP. De facto, de acordo com dados daí retirados (Quadro 03-III-A5), a fonte essencial de informação sobre saúde para a população mais idosa residiria, destacadamente, nos profissionais de saúde: os médicos e enfermeiros surgem como a mais importante fonte para 68,9% dos inquiridos (mais ainda do que para a população adulta total, para quem representam a 1ª fonte em 61% dos casos); também os farmacêuticos merecem lugar de destaque, como 2ª fonte importante em 41,5% dos casos. A comunicação social e publicações especializadas ocupam posição bem menos valorizada: referidas por mais de um terço (34,6%) dos inquiridos idosos enquanto 3ª fonte mais importante, só merecem referências em primeiro lugar para 13,7%. Ficam mesmo assim um pouco à frente, em importância, da “família e amigos”, o único outro tipo de fonte de informação com algum relevo para esta faixa etária.

Outro aspecto que se poderá retirar dos dados obtidos nas entrevistas é que, mesmo quando haja interesse sobre questões de saúde, é possível que ele se enquadre mais numa perspectiva passiva – em que o indivíduo recebe com agrado aquilo que chega até si – do que numa atitude verdadeiramente pró-activa, prescrita pela tradição consumerista – em que activamente procure (de preferência junto de fontes formais e credenciadas, mas também diversificadas...) informação que lhe permita decisões conscientes. Sublinhe-se contudo que, mesmo dentro da reduzida amostra abrangida no estudo, se encontrou um caso que fortemente exemplifica essa última posição – e, também, as dificuldades encontradas por quem tem esse tipo de expectativas num meio em que escasseiam as oportunidades de acesso, partilha e discussão de informação... Mas esse mesmo caso é ainda sugestivo da importância do contexto/oferta num outro sentido, auspicioso em termos de possibilidade de intervenção e evolução da situação: tratando-se de alguém que viveu muitos anos noutro país, o seu depoimento sugere que essa experiência cultural, com abundância de oportunidades deste tipo (e.g., sessões de informação para doentes com dada patologia, associações, publicações temáticas de distribuição ampla e/ou gratuita, etc.), foi elemento crucial no desenvolver de uma tal atitude, claramente contrastante com a dos restantes entrevistados.

Finalmente, a relativa discrepância entre parte dos conteúdos das concepções leigas de saúde identificadas e o que se sabe serem as concepções dominantemente divulgadas, quer pelos profissionais de saúde, quer pela comunicação social, leva a questionar o efectivo peso relativo das fontes citadas na construção do conhecimento das pessoas – ou, pelo menos, a relembrar a relevância dos complexos processos envolvidos na apropriação dessa informação... A própria diversidade encontrada entre perspectivas de pessoas pertencentes a meios aparentemente próximos reforça essa ideia da importância, na criação e manutenção deste tipo de concepções e práticas, de factores outros para lá da simples exposição/acesso a informação técnica/científica. Assim, alguns comentários incluídos nas entrevistas ilustram nomeadamente o papel da experiência pessoal¹²⁶: em particular, por exemplo, a vivência (pessoal ou indirecta) de certos problemas de saúde, a actividade profissional ou outras vertentes da história de vida, que sensibilizam as pessoas para certos factores e/ou proporcionam informações específicas. Por outro lado, Blaxter apresenta exemplos – que porventura se aplicarão também a alguns dos depoimentos obtidos – de como aspectos do conhecimento leigo, em vez de simples versões do conhecimento científico ou seus “concorrentes”/ opositores, poderão ser entendidos como modos de lidar com ele. Veja-se a ideia de que “calhou” (o equivalente leigo de probabilidade), frequente, diz, entre os desfavorecidos e os mais idosos e tantas vezes interpretada como fatalismo, que pode ser afinal uma resposta racional para a contradição entre os factores de risco divulgados e a prova das excepções acumulada pela experiência pessoal, ao longo da vida (1997, p. 173). E discutiu-se também já, noutros pontos, como o conhecimento das pessoas

¹²⁵ A descoincidência pode decorrer da não representatividade da amostra do presente estudo; mas há também que considerar a possibilidade de o referente para que remetem as questões sobre informação em ambos os estudos, ser significativamente diferente. Por exemplo, no Inquérito, “informação sobre saúde” pode ter sido por muitos participantes mais estritamente interpretado como indicações de diagnóstico e tratamento, enquanto que no presente estudo se procurou alargar a discussão para além desses aspectos mais elementares e clínicos; e/ou o uso da expressão “importante” no questionário pode sublinhar a questão da credibilidade, pouco relevante nas entrevistas.

¹²⁶ De resto o conhecimento leigo assenta, por definição, na experiência de vida: “*Interactive or lay knowledge develops from lived experience and is exchanged among people in their daily lives*” (Bryant, 2002, p. 93).

sobre a saúde, longe de corresponder a uma “aquisição” simples de informação “objectiva”, será mais adequadamente entendida como uma (re)construção permanente, “servindo propósitos” como a salvaguarda da imagem/identidade pessoal e social, do bem-estar psicológico, etc.

- Relação com os médicos/profissionais de saúde

Não tendo sido tema especificamente explorado nas entrevistas, o material que mesmo assim surgiu nos depoimentos justificará breve discussão, sobretudo pelas suas implicações a dois níveis (interligados): o papel destes profissionais enquanto fonte de informação em saúde e a natureza da relação estabelecida em termos de partilha de poder de decisão/ *empowerment* do paciente face ao seu próprio tratamento.

Quanto à importância dos médicos e enfermeiros (e também farmacêuticos) na **informação sobre saúde** viu-se já como, de acordo com o Inquérito SDP, assumirão destacado papel de relevo para a generalidade da população adulta e mais ainda para os idosos.

E, no entanto, no presente estudo, se se encontram idosos satisfeitos com a prestação dos profissionais a este nível (e outros que aparentemente não terão sequer aspirações neste plano...), houve também expressões remetendo para insuficiências na informação prestada - ou mesmo, num caso, manifesta insatisfação e crítica.

Dados adicionais do referido Inquérito SDP (Cabral *et al.*, 2001 - Quadro 04-III-A5) indicam porém que essas devem ser efectivamente situações minoritárias já que, no que se refere a consultas no centro de saúde, a enorme maioria dos idosos considera que as suas questões foram respondidas pelo médico de família (79,9%), as explicações sobre os exames/tratamentos claras (80,5%) e, mesmo o tempo de consulta - uma justificação avançada por entrevistados do estudo efectuado para insuficientes explicações - foi julgado adequado (87,1%).

O aspecto que reuniu mais insatisfação/discordância foi a resposta “a todas as questões que o preocupavam” - mesmo assim só expressa por um décimo dos inquiridos. Pode em todo o caso ser reveladora a constatação de que essa insatisfação aumenta para mais do dobro (21,6%) entre os idosos com escolaridade superior ao ensino primário... Juntamente com a observação mais genérica, de que, na população portuguesa, os grupos etários abaixo dos 50 anos se revelam mais críticos face ao desempenho do médico de família (Cabral *et al.*, 2002), tal reforça a hipótese de que as apreciações tão favoráveis dos inquiridos mais velhos reflectam não só a efectiva qualidade do serviço prestado mas também aspectos próprios da postura deste grupo/geração. As baixas expectativas em termos de informação da generalidade das pessoas, facilitadas pelo quase inexistente contacto com experiências/ moldes alternativos de funcionamento neste domínio e pela reduzidíssima escolaridade da enorme maioria dos idosos, constituem hipótese explicativa indicada pelos depoimentos recolhidos.

Outro aspecto que poderá estar envolvido nesse posicionamento mais positivo das gerações mais velhas face ao médico é a maior aceitação de uma acentuada assimetria de **poder nessa relação**¹²⁷, que favoreceria uma postura genérica mais acrítica. Este foi também um aspecto estudado por M. V. Cabral *et al.* (2002), tendo sido verificada, relativamente a vários indicadores de atitudes perante a autoridade dos médicos incluídos no Inquérito, clara propensão da generalidade da população portuguesa para assumir uma posição mais ou menos passiva perante estes profissionais (e.g., mais de 70% prefere “médicos que assumam todas as responsabilidades”). De entre as várias diferenças sociodemográficas referidas pelos autores em associação com esta temática, destaca-se o maior pendor para atitudes mais dependentes entre as mulheres, os menos escolarizados, os trabalhadores manuais e os de rendimentos mais baixos – e também entre os mais velhos (mais de 65 anos).

¹²⁷ Quanto à prevalência desta desigualdade de poder veja-se, por exemplo, Janlöv *et al.* (2006), referindo-se à experiência de idosos noutros países mas com boa probabilidade de aplicabilidade também em Portugal:

“By tradition professional power dominates the health and social care system, and it has been argued that it forms a barrier to genuine patient/client participation [...]. A shift in the balance of power is warranted, taking at least some power away from service providers for the benefit of the frail recipients [...]. However, studies have shown professionals as reluctant to let go of their power and that attempts to empower people do not affect practice (Paterson 2001). The imbalance in power may result in older people feeling increasingly powerless.” (p. 27).

Analisando mais especificamente as respostas deste grupo etário (Quadro 05-III-A5), verifica-se de facto maioritariamente concordância com afirmações relativas aos médicos “assumirem todas as responsabilidades” (76,5%) e “os doentes nunca devem pôr em causa a autoridade do médicos” (54,2%). Estes dados parecem pois corroborar a importância de uma atitude que Cabral e colegas descrevem como de “profunda interiorização do ‘poder médico’” (p. 274), de que se haviam encontrado sinais entre vários entrevistados do presente estudo.

No entanto, detectou-se também nas entrevistas indicações da possibilidade de outro tipo de posturas. Por um lado, observou-se – num caso só – um posicionamento de muito explícita reivindicação de maior abertura dos profissionais a uma atitude de colaboração. As características e história de vida do entrevistado em causa levam, como vimos, a presumir a relevância de factores socioculturais na formação deste tipo de atitude. Dados do inquérito vão nesse sentido, nomeadamente, e no que se refere especificamente à população idosa, apontando diferenças significativas face ao indicador “prefiro médicos que dão alternativas” em função da escolaridade, auto-posicionamento social e zona de residência¹²⁸. Estas serão pois indicações favoráveis quanto à possibilidade de desenvolver no futuro maior paridade / *empowerment* dos mais velhos na relação médico-paciente.

Por outro lado, encontraram-se em alguns depoimentos indícios da existência de outro tipo de manifestações de desagrado e/ou expectativas não satisfeitas na relação com os médicos. Valerá talvez a pena considerar a hipótese de que, pelo menos para parte das pessoas, a alternativa que se lhes coloca à submissão à autoridade, seja (porventura por falta de recursos para uma postura assertiva) não tanto a procura de maior paridade ou outras vias de transformação da relação, mas formas “passivas” de resistência – como o evitamento ou a não adesão à terapêutica. Talvez aí se encontre um dos factores implicado numa outra postura que equacionámos, entre os entrevistados, com algum distanciamento face a uma aceitação incondicional do “poder médico”: a de uma certa relutância em procurar ou seguir cuidados prestados por estes profissionais. Também aqui os dados do Inquérito SDP permitem uma visão mais abrangente da relevância deste tipo de postura entre a população idosa nacional (Quadro 05-III-A5). De facto, um subgrupo importante entre os que têm mais de 65 anos (34,1%) concorda que “excluindo os problemas graves de saúde, geralmente é preferível cuidar da sua própria saúde do que ir a um médico” (apesar de serem mais - quase metade, 47,6% - os que discordam de tal afirmação).

● Participação no funcionamento dos serviços de saúde ou outros

Não se encontraram entre os entrevistados quaisquer indicações de participação no funcionamento de serviços, nomeadamente de saúde, sendo a sua frequente dificuldade em captar o sentido das perguntas formuladas sugestiva de não consciência genérica de vias/práticas de envolvimento. Naturalmente, a possibilidade deste nível de participação “intermédio” - em que utentes dos serviços e membros do público são implicados já não só nas decisões sobre os seus próprios cuidados, mas também na definição mais ampla da gestão e funcionamento das instituições -, depende das oportunidades criadas para tal. E as práticas e mecanismos formais efectivamente existentes nos serviços públicos nacionais serão em geral escassos. Mas, mesmo onde há experiência e desenvolvimento mais significativos nesse domínio, se tem verificado que não basta criar tais estruturas, sendo necessário, para tornar realidade um envolvimento inclusivo da população mais idosa, promover conjuntamente condições de acesso e de apoio específico, (v.g. Carter, Beresford, 1999). Só assim será possível ajudar a ultrapassar as barreiras que se colocam a este grupo (desde os diferenciais de poder, o medo de expressar insatisfação ou as baixas expectativas - Cook, Klein, 2005 -, até a aspectos como a falta de confiança e assertividade, ou as dificuldades de mobilidade e transporte - Carter, Beresford, 1999 -, entre muitos outros), bem como encontrar modos de participação que se adequem às suas preferências (Stevenson, 1999).

¹²⁸ Em todo o caso, e no que se refere a este indicador, é de assinalar que a concordância com esta posição é mesmo assim expressa por cerca de dois terços dos idosos inquiridos (66,9% - subindo até aos 81,7% entre os com escolaridade superior ao ensino primário), sendo só 7,8% os que discordam de tal posição. Dir-se-ia pois que atitudes de alguma autonomia coexistem em boa medida com outras de maior passividade – reflectindo talvez a tendência para “conciliar opostos”, manifestada já noutras vertentes do conhecimento leigo em saúde...

Os dados disponíveis apenas permitem aflorar brevemente algumas destas inúmeras facetas do problema. Assim, constatou-se entre os entrevistados que o recurso às formas de participação do utente mais disseminadas – com destaque para a reclamação ou contacto com o gabinete do utente –, é não só inexistente, como, em vários casos, objecto de recusa enfática. As causas desta última não foi possível aprofundar – mas o Inquérito SDP permite explorar um pouco mais os comportamentos e atitudes face à apresentação de reclamações nos serviços de saúde (Quadro 06-III-A5). Assim, confirma-se desde logo que este comportamento é raro entre os mais velhos: só 3,1% dos inquiridos (n=17) apresentou alguma vez reclamação (embora pouco mais frequente seja também na população em geral: 4,9%¹²⁹). As mais frequentes razões para essas reclamações foram a má assistência/erro clínico, demoras e má educação do pessoal (também as mais habituais entre a população portuguesa em geral). Particularmente interessantes para a problemática em análise são os motivos de não reclamação (no seu conjunto, não muito diferentes dos da população total): se mais de dois terços não o fez por achar que não tinha motivo (63,7%) ou não se justificava (6,7%), haverá também um grupo importante, cerca de um quinto (19,0%), desmobilizados por uma percepção de inutilidade da reclamação. Acrescentam-se ainda 7,6% que não o fizeram por não saber como ou junto de quem reclamar e 2,9% coibidos pelo receio do que pudesse suceder. Nenhum dos idosos inquiridos alegou comodismo como motivo para a não reclamação.

A falta de eficácia percebida era também uma das justificação para a não participação encontrada nas entrevistas, sendo (a par do desconhecimento dos meios de reclamação/participação) porventura um dos aspectos mais imediatos a considerar em intervenções visando maior envolvimento. Não só, obviamente, no sentido de aumentar a real eficácia dos mecanismos, mas também procurando corrigir prováveis distorções nas percepções dos indivíduos. Apesar de tudo, por exemplo entre os idosos participantes no referido inquérito que apresentaram reclamação, a maioria (58,8%) considera que esta teve um desfecho satisfatório¹³⁰.

Alguns aspectos dos depoimentos recolhidos sugerem que as dificuldades e/ou desmobilização face à participação a este nível, resultam, na perspectiva dos próprios, não tanto de objecções gerais mas de posicionamentos pessoais: por exemplo, “*Já não tenho capacidade para isso*” ou interesse. Fazem eco assim da existência de barreiras, a nível da capacidade, confiança e outras, que a literatura tem vindo a identificar como obstáculos em particular ao envolvimento deste grupo (v.g. JRF-OPSG, 2004; Carter, Beresford, 1999). Reforçam consequentemente a oportunidade da orientação que tem vindo a ganhar lugar no sentido de “*enabling older people to have their say in decisions that affect their lives*” traduzida em “*efforts to develop approaches and techniques that assist them to make an active contribution at the macro and micro levels of decision-making*” (Cook, Klein, 2005, p. 45).

Mas surgem também nas entrevistas, como se viu, indicações relativas a barreiras a nível institucional¹³¹, especificamente apontando diferenciais de poder, percebidos como inviabilizadores de real influência do cidadão/ utente, não só na relação mais próxima médico-paciente, mas também generalizada ao funcionamento dos serviços: “*Eles é que mandam, é que sabem!*”.

Entre os “principais suspeitos” para reduzir a participação está, contudo, a ainda insuficiente postura crítica e, mais concretamente, as baixas expectativas face aos serviços, frequentemente identificadas na população idosa, a qual tende a reportar elevados níveis de satisfação com os mesmos (Cook, Klein, 2005, p. 45). É evidentemente de aceitar que a inexistência de motivos de queixa (ou sugestões de melhoria) afirmada por parte dos entrevistados, bem como por uma grande percentagem dos inquiridos no inquérito SDP, seja reflexo da boa qualidade dos serviços prestados. Mas é provável que também uma proporção desses casos resulte de fracas aspirações. Embora essa vertente não possa ser captada nem no estudo efectuado nem

¹²⁹ Cabral *et al.* complementam estes dados do seu próprio inquérito com a informação de que “na sociedade portuguesa, a prática de reclamação contra os serviços públicos é muito baixa, como mostrava um estudo recente do Instituto do Consumidor, confirmando, aliás, a baixa propensão da população portuguesa para a mobilização e participação sociais observada em todo o género de estudos sociológicos” (2002, p. 238).

¹³⁰ No entanto, saliente-se que no conjunto dos inquiridos a proporção de resolução satisfatória é bem mais baixa (35%), levando Cabral *et al.* a sublinhar que “a fraca percentagem de êxito das reclamações confirma o que tem sido encontrado em estudos como o citado acima e constitui, por si só, um forte elemento de dissuasão” (2002, p. 241)...

¹³¹ Ou que, pelo menos, encontrarão aqui boa parte do seu fundamento – já que poderem também ser parcialmente reflexo de distorções nas percepções dos indivíduos.

no inquérito, este inclui alguns dados adicionais quanto às satisfação com os serviços de saúde que pode valer a pena analisar neste contexto (Quadro 07-III-A5). Face a um pedido de avaliação global dos serviços públicos de saúde de que têm experiência, os inquiridos com mais de 65 anos revelam-se maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos, em especial no que concerne ao Centro de saúde/médico de família (76,5%), mas também face às experiências de Internamento (61,4%) e Consulta externa hospitalar (55,7%). Na análise efectuada por Cabral *et al.* (2002) para o conjunto dos inquiridos, os resultados são também maioritariamente de satisfação. A idade mais avançada surge, mesmo assim, como um dos poucos atributos sociodemográficos que os autores detectam ter relação com estas avaliações – no caso, revelando-se os mais idosos (65 e+ anos) como os mais satisfeitos com o Médico de Família/ Centro de Saúde. Viver em zonas rurais associar-se-á por sua vez com uma tendência oposta e a escolaridade aparece como relacionada com a avaliação somente no caso das consultas externas. Estes resultados são interpretados pelos autores como assinalando que, face a estes serviços, “as diferenças entre indivíduos e grupos sociais tendem a esbater-se, ao mesmo tempo que todos parecem render-se aos *efeitos de gratidão*” (*idem*, p. 243) – fenómeno que tem sido avançado como um dos possíveis factores explicativos dos níveis de satisfação relativamente elevados e consensuais que a literatura internacional consistentemente encontra, mesmo entre “países com sistemas tão diferentes, na sua qualidade e cobertura, como os da Inglaterra ou da Indonésia” (*idem*, p. 213).

• Participação política/cívica e social/comunitária

A implicação activa dos entrevistados revela-se também muito reduzida no plano da participação a um nível mais macro – i.e., envolvimento na definição de medidas/políticas/serviços ou outras acções, a título individual ou integrando um colectivo, com vista a influenciar factores socioambientais/condições locais, regionais ou nacionais, determinantes da saúde e bem-estar.

Mais concretamente, ao nível do envolvimento naquilo que se poderão designar acções cívicas e/ou políticas (cf. Baum *et al.*, 2000; ver também Cap. 2-B.2.1.3) encontram-se entre os entrevistados só escassos exemplos de actividades a nível individual (ocasional participação em sessões camarárias – e participação eleitoral...) e nenhum de natureza colectiva. Os elementos recolhidos nos depoimentos sobre as percepções, concepções, etc., que acompanham essa (não) prática de participação são pouco abundantes mas sugerem, mesmo assim, que as atitudes subjacentes podem conhecer inúmeras cambiantes, em termos nomeadamente de interesse em estar informado sobre este tipo de temáticas, apetência por enunciar juízos críticos ou sugestões, e, finalmente, conhecimento e mobilização para formas de acção. Relativamente frequentes são, no entanto, as expressões de clara relutância e recusa em se envolver no que os participantes consideram “política”.

Dados recentes do *European Social Survey – Round 3*, de 2006 (Jowell *et al.*, 2007), analisados especificamente no que concerne aos inquiridos portugueses com 65 e mais anos¹³², confirmam este panorama indiciado pelas entrevistas, permitindo acrescentar mais alguns elementos neste âmbito. Constata-se assim (Quadro 08-III-Anexo 6 a este Cap. e tabela e gráficos 62-V-Anexo 8 ao Cap. 5), que é muito reduzido o envolvimento em actividades cívicas de cariz individual: só 9,6% dos inquiridos mais velhos, em Portugal, participaram, nos últimos 12 meses, em algum dos 5 tipos de acções consideradas (enquanto que no conjunto de outros 8 países¹³³ analisados esse valor global é de 37,9%). Desses, o mais frequente foi o contacto com um político/representante do poder central ou local (5,6%), sendo quase inexistentes acções como assinar petições (1,7%) ou boicotar produtos (0,9%) – precisamente os tipos mais frequentes entre os idosos europeus (respectivamente 22,3% e 15,9% de envolvidos), sugerindo pois que, também qualitativamente, o padrão de activismo tenderá a ser distinto.

¹³² Foi efectuada análise estatística secundária dos dados do ESS3-2006 (mais pormenores sobre o inquérito no Anexo 11-ESS3). Os principais resultados referenciados nesta secção encontram-se sintetizados no Anexo 6 ao presente capítulo; salienta-se, no entanto, que o Cap. 5 inclui informação adicional pertinente para o tema.

¹³³ Conforme explicitado no Anexo acima indicado, as menções feitas a “idosos europeus” no contexto dos dados do ESS3 aqui analisados, referem-se aos resultados agrupados dos inquiridos de 65 e mais dos países da Europa dos 15 incluídos nesta versão da base de dados: Bélgica, Alemanha, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, R. Unido e Suécia.

Indicativo possivelmente neste mesmo sentido de uma adesão maior, apesar de tudo, às formas mais tradicionais de envolvimento cívico – é a massiva participação eleitoral que, em contrapartida, se regista entre os idosos em Portugal: 78,9% afirma ter votado nas últimas eleições nacionais, valor já não tão distante dos 85,7% verificados entre os europeus da mesma faixa etária e mesmo ligeiramente superior aos 75,2% da população adulta portuguesa no seu todo.

Outras formas de envolvimento em grupos com acção cívica e/ou política parecem também quase inexistentes entre os portugueses mais velhos: trabalho para partido político/ movimento cívico nos últimos 12 meses - 0,8% e para outro de tipo de organização/associação - 2,1%; inscrição em partido político - 2,7%; relativa excepção é a pertença sindical ou a associação profissional, que abrange 12,9% dos idosos - mas referente sobretudo a uma situação já não actual¹³⁴. No que concerne especificamente ao envolvimento associativo ligado a matérias de saúde, é de assinalar que uma pergunta incluída no Inquérito SDP, revela que também este é residual, com só 4 dos 545 inquiridos com 65+ anos (menos de 1% portanto)¹³⁵ a pertencer “a alguma associação relacionada com alguma doença que tenha”.

As entrevistas levam a pensar que, enquanto para alguns esta não participação vai a par de um mais amplo desligamento da realidade política e “macro-estrutural” envolvente, outros haverá que acompanham aspectos da actualidade e do meio local/regional/nacional/internacional (nalguns casos até com manifesto interesse, reflexão, consciência de falhas e soluções possíveis, etc.) – mas sem que tal envolvimento se traduza depois em acções orientadas para uma influência a esse nível....

Os dados do ESS3 (Quadro 09-III-A6) revelam, por exemplo, que a grande maioria dos idosos inquiridos em Portugal acompanha diariamente as notícias, política e/ou outros assuntos da actualidade, através da televisão¹³⁶ – dedicando-lhes até, tendencialmente, um pouco mais de tempo do que a população adulta em geral, com 37,3% dos mais velhos a assistirem em média a mais de uma hora por dia de programação deste tipo. Já uma questão colocada quanto ao interesse pela política, revela resultados que parecem confirmar a frequente atitude de repúdio expressa pelos entrevistados: de facto a enorme maioria (80,9%) dos inquiridos mais velhos em Portugal manifesta ter pouco ou nenhum interesse por tal temática. Situação que embora não seja muito distinta da da generalidade dos portugueses (71,6% com a mesma atitude), é expressivamente diferente da observada, para a mesma faixa etária, noutros países europeus participantes no ESS3, onde é minoritário o número dos que se desinteressam da política (49,4%).

Haverá diversos factores explicativos destas atitudes – entre os quais possivelmente a baixa confiança institucional que caracteriza este grupo e a reduzida “satisfação com o funcionamento social” que genericamente se verifica entre os portugueses (Lima e Novo, 2006, reportam o nosso país como tendo o nível mais baixo de satisfação neste índice¹³⁷, entre os 20 países europeus incluídos no Round 2 do ESS analisado pelas autoras). Estes factores poder-se-ão talvez associar, em parte, à percepção de inutilidade/reduzida crença na possibilidade de mudança, expressa em entrevistas (“*seja o partido que for isto deve dar tudo na mesma*”). Outros elementos sugeridos como relevantes pelos depoimentos recolhidos são atribuição de responsabilidade/controlar/poder nesta matéria essencialmente aos “outros” – no caso as “entidades competentes”/Estado – e a percepção de falta de capacidade individual para agir.

Um indicador contido no ESS3 pode ser ilustrativo quanto a este último aspecto – mais uma vez no campo da “política”: questionados sobre a difficuldade sentida em entendê-la quase dois terços dos inquiridos idosos portugueses (62,8%) revela que “bastantes vezes” ou “frequentemente” “não percebe verdadeiramente, o que se está a passar” – proporção que aumenta em certos subgrupos sociodemográficos, atingindo por exemplo 4/5 dos que não completaram a educação primária. Já noutros países europeus a distribuição é inversa, com ‘só’ 38,1% dos mais velhos nesta situação.

¹³⁴ Só 1,2% dos idosos portugueses continuava ainda, no momento do inquérito, a ser membro de organização deste tipo.

¹³⁵ Situação que aliás não será diferente da população adulta nacional em geral: 0,7% (Cabral *et al.*, 2002, p. 201).

¹³⁶ O meio de comunicação mais divulgado nesta faixa etária, em que mais de metade não acede regularmente a rádio e a jornais e o uso da internet, como seria de esperar, é ainda restrito a uma ínfima minoria (3,5%)(cf. Fig. 65-V-A8 ao Cap. 5).

¹³⁷ Criado a partir de 5 itens relativos à satisfação com: o estado economia; a democracia; o governo; o estado da educação; os serviços de saúde.

Este exemplo de desigualdades sociodemográficas bem patentes vêm ao encontro dos dados das entrevistas que, como se viu, apontavam para importante influência mais genérica de factores socioeconómicos no domínio da participação. Efectivamente os resultados do ESS3 confirmam a existência de diferenças significativas entre subgrupos da população idosa em vários dos indicadores considerados. Destaque-se, entre outras, as diferenças em função do género, da escolaridade e do rendimento subjectivamente avaliado no que concerne, por exemplo, ao índice de participação cívica individual, ao comportamento eleitoral, ao ser membro de partido político ou de sindicato.

Em suma, tomados conjuntamente, os elementos qualitativos das entrevistas e os dados extensivos do ESS3 discutidos convergem numa imagem de reduzidas práticas de participação cívica/política que serão características dos portugueses em geral mas se tendem a acentuar ainda mais nas idades avançadas – excepto no que concerne às formas mais tradicionais de participação individual, com destaque para o voto. Um dos elementos envolvidos nessa falta de participação poderá ser um certo afastamento – ou mesmo repúdio – do que é considerado “política”, domínio face ao qual a maioria dos idosos portugueses revela desinteresse e frequentes dificuldades de entendimento. Os vários potenciais obstáculos indiciados poderão ter - para além de fundamentos socioculturais, extensíveis à sociedade portuguesa como um todo - importantes ligações com as condições de reduzida escolaridade e baixo rendimento que penalizam de forma muito acentuada as gerações mais velhas no nosso país. A influência significativa do ESE individual, entre outras características sociodemográficas, nos níveis de participação social e cívica, conta-se aliás também entre as principais conclusões do estudo australiano de Baum *et al.* (2000), que nessa “Epidemiologia da participação” de uma população adulta urbana (incluindo maiores de 60 anos), verificam que baixos níveis de envolvimento tendem a ser mais frequentes entre as pessoas com baixo rendimento e educação. Voltando à situação nacional, embora as entrevistas revelem algumas situações em que o universo dos indivíduos parece muito restrito, centrado na esfera mais próxima, doméstica (“*tenho aqui o meu território*”...), nada indica que tal seja uma postura generalizada na população mais velha, onde a falta de participação e até a referida recusa da “política” não invalida necessariamente a existência mesmo assim de interesse e acompanhamento da realidade envolvente.

De facto, as entrevistas sugeriam que tal interesse/ligação ao mundo exterior para lá da esfera pessoal/familiar pode até encontrar, nalguns casos, formas de expressão activa, que embora não se enquadrando no que é mais tipicamente considerado participação cívica, poderão representar **modos alternativos de envolvimento social e comunitário** de maior adesão entre os idosos portugueses. Tal encontra, de resto, suporte no estudo referido de Baum *et al.*, em que os autores precisamente optaram por uma perspectiva de participação mais ampla do que a habitualmente adoptada na literatura, a qual tende a omitir actividades sociais ou de grupos comunitários que não tenham propósitos cívicos mais directos. Fundamentam essa opção nomeadamente atendendo às prováveis interacções significativas entre todas as formas de participação social e cívica e sua relevância para o entendimento do *empowerment* e do papel – crescentemente importante – da sociedade civil.

Ora, nos depoimentos recolhidos, encontraram-se indicações de que, mesmo não tendo apetência por acções com um expresse cariz cívico, alguns entrevistados encontravam – ou procuravam... - o que são afinal também formas de contribuição para a comunidade, mas que se concretizavam em actividades mais próximas da sua esfera normal de actuação e tendencialmente numa linha de continuidade com as suas competências/ interesses prévios. Para além destas formas de contribuição individual, próximas de um voluntariado informal, encontrou-se também um exemplo de participação em voluntariado formal, bem como de pontual envolvimento em acções colectivas de “auto-organização” em torno de eventos sociais. Todos estes tipos de actividades, embora raros entre as pessoas contactadas, aparentam ser fonte de satisfação para os que nelas se envolvem – e, na sua ausência, de frustração para quem, sem conseguir, queria encontrar formas de “*ainda ser útil*”...

É naturalmente difícil encontrar indicadores que captem sobretudo as vertentes mais informais deste tipo de actividade – mas apesar de tudo o ESS3 contém alguns dados pertinentes (Quadro 08-III-A6). Assim - e enquadrando-se possivelmente no que na nomenclatura de Baum *et al.* (2000) seriam actividades de

“Participação de grupo comunitário - misto de social e cívico” -, existem questões sobre a colaboração com “organizações de caridade ou voluntariado” e ainda o envolvimento em “actividades organizadas na sua área de residência”. Ambas têm resultados semelhantes, indicando que serão muito poucos os idosos portugueses que regularmente se dedicaram a actividades deste tipo (uma participação semanal só se verifica para cerca de 1% dos indivíduos). São, em todo o caso, quase 30% aqueles que o fizeram ainda que esporadicamente (a não participação absoluta, no último ano, abrangeu 71,1%, no que se refere a voluntariado e 72,6% quanto a actividade na área de residência). Já formas de “ajudar activamente alguém” (que não na família, no trabalho ou através de organizações de voluntariado), foram praticadas, ainda que ocasionalmente, por uma percentagem um pouco maior de pessoas: ‘só’ 63,8% nunca o fizeram no ano transacto, ao passo que 7,6% fizeram-no numa base pelo menos mensal ou até semanal. De assinalar que esta última variável apresenta uma significativa padronização sociodemográfica, com diferenças em função do género, escolaridade, rendimento percebido e tipo de zona de residência. Embora com níveis de participação (sobretudo regular) bastante baixos – e sempre inferiores quer aos da população adulta portuguesa quer, com maior distância, aos dos idosos de outros países europeus - este tipo de actividades parece pois ter, mesmo assim, adesão maior do que a generalidade das acções cívicas/ políticas antes abordadas.

Outra vertente relevante será a pertença associativa ou a organizações/grupos similares. Dados quantitativos não existem no ESS3 – mas, por exemplo, o ECHP já de 1998, indica que, apesar de tudo, 12% dos portugueses com 65 e mais anos pertencia a organizações de tipos diversificados (“*any club, a local or neighbourhood group, a party, etc.*”); e resultados do *EVS/European Values Survey*¹³⁸, de 1999 apontam para valores semelhantes (13,9%). Por sua vez, os dados do ISSP, 2004 (tabela e gráficos 64-V-Anexo 8 ao Cap. 5), distinguindo diversos tipos de grupos/associações e formas de envolvimento, apontam valores muito mais elevados de participação da população reformada em Portugal no que toca especificamente a organizações ligadas à igreja ou outras de cariz religioso (48%). Por outro lado, a pertença a associações desportivas, culturais ou recreativas, mostra as enormes diferenças de género que os valores médios de participação ocultam (17% de participação actual ou passada no conjunto da população reformada, correspondendo a 34% nos homens e 9% nas mulheres). Sublinhe-se ainda que o ISSP revela que no caso dos homens reformados que foram em algum momento associados de grupos desse tipo, já só menos de metade mantinha tal pertença à data do inquérito - dados que são compatíveis com a hipótese de risco de redução de pelo menos algumas formas de participação associativa nesta fase da vida, sugerida pelas entrevistas. Aí, como se viu, encontram-se algumas referências a obstáculos que podem impedir a participação de interessados – como as dificuldades financeiras, ou, mais simplesmente, a inexistência de grupos com as características/ actividades desejadas...

Há ainda alguns dados, no ESS3 e noutras fontes, sobre o envolvimento em actividades sociais mais genéricas que – embora também consideradas na já referida “epidemiologia da participação” de Baum *et al.* – não se irão aprofundar aqui¹³⁹. A tendência será, no entanto, a de que entre os idosos portugueses (tal como na população estudada por esses autores), os níveis de participação em actividades sociais informais¹⁴⁰ sejam genericamente superiores aos constatados para os outros tipos de acções que se têm vindo a analisar. Embora também baixos, sublinhe-se – e muitas vezes inferiores aos dos seus congéneres noutros países europeus...

O que é tanto mais preocupante quanto, para além do seu potencial papel na facilitação de outras formas de participação e auto-organização mais directamente influentes sobre as condições que afectam a saúde, tal envolvimento social é, como se sabe, em si mesmo, determinante desta. É aliás também reconhecido por vários entrevistados como fonte de bem-estar, sendo as actividades sociais de grupo, com fins

¹³⁸ Consultado na base de dados disponibilizada em <http://www.jdsurvey.net>.

¹³⁹ Indicadores neste âmbito serão, porém abordados, no Cap. 5.

¹⁴⁰ De acordo com os índices utilizados por Baum *et al.* (2000) estas podem incluir desde a simples frequência de espaços públicos, como o café, o cinema ou um baile (entre outros) até actividades colectivas, como a frequência de aulas ou outros grupos, desporto, etc.

recreativos, de aprendizagem, etc.¹⁴¹, incluídas entre as formas de ocupação que valorizam. Os depoimentos sugerem também, mais uma vez, algumas barreiras à frequência desse tipo de actividades: desde dificuldades de mobilidade, até uma capacidade económica que se pode revelar insuficiente inclusive para fazer face a despesas como o cinema ou mesmo o consumo implicado numa ida regular ao café...

Convém a este propósito lembrar que, na maior parte das vertentes que se têm vindo a abordar, a discussão das condicionantes da participação centrou-se ao nível das características individuais, por ser este o tipo de elementos sobre os quais os dados disponíveis são mais elucidativos. Importa porém, a terminar, salientar que há, sem dúvida, barreiras à participação de ordem ambiental/estrutural – incluindo a falta de oportunidades para aqueles que estão já mais orientados para este tipo de participação. Insuficientes iniciativas associativas, dificuldade em mobilizar outras pessoas e também profissionais para prestar o apoio necessário, foram, como vimos, alguns dos obstáculos referidos por um dos entrevistados interessado em desenvolver actividades (de informação para a saúde, conviviais e outras) assentes na auto-organização. As dificuldades económicas ou de mobilidade são outros exemplos de obstáculos mencionados por entrevistados e também descritos na literatura (Carter, Beresford, 1999; JRF-OPSG, 2004), que podem ter resposta por intervenção institucional. Veja-se o exemplo do transporte de utentes, que viabiliza já a frequência de Centro de Dia para alguns e que poderia, a estender-se, possibilitar também a participação noutras actividades exteriores e/ou noutros contextos institucionais. De resto, ao limite, o extremo défice de participação dos mais velhos em actividades formais – do funcionamento dos serviços de saúde, ao envolvimento em acções de melhoria das condições locais de vida – é prova sempre de fracasso institucional em encontrar dispositivos de envolvimento adequados, acessíveis, eficazes e mesmo apelativos, e em proporcionar apoios compensatórios para dificuldades específicas, de modo a viabilizar e incentivar a participação de todos os grupos de cidadãos. Ou, posto de outra forma, reflecte uma área para investimento em termos da Infra-estrutura de Promoção da Saúde, já que de acordo com o *Health Promotion Glossary*: “*Infrastructure for health promotion can be found not only in tangible resources and structures, but also through the extent of public and political awareness of health issues, and participation in action to address those issues*” (Nutbeam, 1998, p. 14).

C.3.5. E síntese...

Dos dados recolhidos nas entrevistas e da informação quantitativa, extensiva, convocada para a discussão, retiram-se algumas hipóteses relativas à percepção e possibilidades efectivas de influência/controlar dos idosos portugueses sobre a saúde - nomeadamente no que depende da seu nível de literacia crítica, com ênfase para o (re)conhecimento do conjunto dos determinantes da saúde e meios de sobre eles agir:

- Se, ao nível da influência sobre os factores individuais proximais da saúde, os dados discutidos sugerem que, apesar de tudo, as pessoas com alguma frequência poderão ter um sentimento de (algum) controle e conhecer (se bem que talvez, afinal, bastante menos pratiquem...) acções que podem contribuir para manter/ melhorar a sua saúde (ou, pelo menos, lidar melhor com os problemas...)
- ...com pouca informação e ainda menos apetência quanto a meios de acção passíveis de influenciar factores supra-individuais, os indivíduos parecem estar bem mais longe ainda de reunir condições de efectiva participação. Quer numa perspectiva consumerista (que envolve um posicionamento de escolha informada, em matérias de saúde, incluindo o envolvimento nas decisões sobre os cuidados recebidos); quer, mais ainda, numa perspectiva de cidadania e intervenção cívica, individual ou colectiva, que envolva a acção directa sobre as condições de vida que influenciam a saúde ou, indirecta, de influência sobre políticas públicas saudáveis.

¹⁴¹ Destacam-se aqui a frequência de universidade de terceira idade e centro de convívio – mas há também menções nos depoimentos valorizando outros contextos e actividades (ver análise de tópico respectivo, em Anexo 4).

- Mais especificamente e no que se refere aos vários modos de acção sobre a saúde analisados:
 - a atitude face à informação sobre a saúde parece frequentemente ser passiva, de acolher (genericamente com agrado) informação que surge ou até simplesmente restringir-se ao essencial (como instruções sobre a terapêutica) -, mais do que de expectativas, necessidades e procura activa de informação, nomeadamente com vista a uma acção ou decisão fundamentada;
 - as relações com os médicos (e possivelmente outros profissionais) serão muito condicionadas por uma forte assimetria de poder, parecendo ser ainda raro outro tipo de expectativas e, em particular, a procura assertiva de uma relação de maior paridade e colaboração, oscilando porventura a generalidade das pessoas entre a submissão face à autoridade do médico ou o afastamento e recusa da medicina;
 - se os mais velhos parecem pouco se implicar ainda nas decisões sobre o seu próprio plano de cuidados de saúde (excepto porventura quanto à opção básica de cumprir ou recusá-los...), o envolvimento mais amplo no funcionamento dos serviços de saúde será praticamente nulo, mesmo ao nível dos mecanismos mais simples da reclamação. É possível que parte das pessoas não se sinta compelida a agir por estar satisfeita com os serviços (satisfação essa, de resto, provavelmente “inflacionada” por baixas expectativas, “efeito de gratidão”, etc.), mas tudo indica que haja também dificuldades de vária ordem que obstam à expressão – assertiva - da insatisfação¹⁴², mesmo quando ela é sentida;
 - mas também a acção cívica e política mais ampla, quer de tipo individual quer enquadrada em colectivos, será muito reduzida e, mesmo que interessadas na realidade circundante, a generalidade das pessoas não dá sinais de reconhecer para si mesmas, e muito menos exercer, qualquer papel ou influência sobre as condições que condicionam a sua vida e saúde.
- No entanto, há também sinais positivos nas várias vertentes – em especial:
 - vários entrevistados (se bem que não todos) revelam interesse por aceder a informação (parecendo a saúde ser uma temática particularmente atraente) - inclusive entre aqueles com escassa educação formal;
 - apesar daquilo que os próprios consideram “política” poder causar repúdio, dados a nível nacional registam um importante envolvimento dos mais velhos nas formas mais “tradicionais” de participação dos cidadãos – como destaque para o voto;
 - a adesão aos meios mais pró-activos e mais contemporâneos de intervenção cívica, surge fortemente associada nomeadamente ao nível educativo (e possivelmente ao contexto sociocultural) – o que abre perspectivas de melhoria futura, não só quanto às próximas gerações de cidadãos idosos, mais escolarizados, mas talvez também por via de maior exposição e informação mesmo dos pouco escolarizados;
 - há indicações da existência de modos alternativos de envolvimento comunitário: o voluntariado, formal mas sobretudo informal, e a adesão associativa – ainda que em actividades ligadas à igreja, recreativas ou outras sem conotação directa de actuação cívica – são formas de participação a que as pessoas desta geração poderão talvez aderir mais facilmente. Os dados são porém sugestivos de obstáculos, também neste domínio, que importaria remover – falta de oportunidades (p. ex. de voluntariado ou diversidade de associações adequadas aos interesses dos indivíduos) e sobretudo dificuldades de ordem prática (p. ex., económicas ou de transporte) que dificultam o acesso às organizações/actividades já existentes ou determinam até mesmo a redução de níveis de participação anterior.

¹⁴² Barreiras, acrescentar-se-ia, também válidas, para o envolvimento no sentido de contribuição positiva.

D. Implicações gerais

A riqueza do material recolhido e a diversidade de hipóteses e pistas que suscitou em confronto com dados de outra investigação nacional e internacional desafiam a possibilidade de apresentação sucinta de conclusões ou implicações. Tanto mais que estão em causa diferentes linhas de leitura e “aplicabilidade” dos resultados. Complementando as mais pormenorizadas indicações e conclusões que as “Sínteses” das secções C1, C2 e C3 enunciam, com referência a cada uma das dimensões das concepções leigas exploradas, cabe tão somente neste ponto um breve roteiro das principais implicações que do capítulo se podem retirar.

- Da vertente da pesquisa abordada no presente capítulo resultaram naturalmente contributos directos para as grandes questões subjacentes ao conjunto do trabalho. Estes serão, no essencial, integrados nas conclusões globais, formuladas na Parte III - e portanto não repetidos aqui. Concorrem nomeadamente para clarificar o tipo de resultados finais e intermédios a valorizar na definição de objectivos de PromS65+ em Portugal e sugerir possíveis linhas de actuação com vista ao aumento da literacia (crítica) e controle deste grupo da população face à saúde e seus determinantes. De salientar que se extraíram ainda outras indicações de carácter mais geral, de interesse transversal em iniciativas PromS65+. Refira-se em particular, a confirmação da marcada variabilidade inter-individual (observável tanto nas circunstâncias objectivas como nas percepções subjectivas); a importância de contextualizar as questões da saúde no quadro global de vida das pessoas; e o interesse de atentar às estratégias de que (de modo activo, ainda que nem sempre “visível”) os indivíduos fazem uso.

- Por outro lado, o estudo qualitativo gerou uma multiplicidade de ilustrações e pistas de análise que podem emprestar “textura” e ser sugestivas para a formulação de hipóteses de interpretação relativas a áreas específicas – nomeadamente quanto a factores determinantes da saúde e bem-estar e a potenciais facilitadores/ obstáculos à acção. Parte dessa informação será valorizada em articulação com os dados quantitativos tratados no Perfil de Saúde-Cap. 5, encontrando também lugar na Parte III. Mas muito fica fora de tal síntese, recomendando um retorno aos níveis preliminares de análise e aos próprios excertos dos depoimentos recolhidos quando se procurem pistas mais detalhadas sobre as temáticas em causa (e.g., Anexo 4 -Tópicos; Respostas relativas a determinantes percebidos e modos de acção sobre a saúde)¹⁴³.

- Finalmente, retiram-se ainda, do estudo empreendido, algumas considerações do foro metodológico. Confirma-se, nomeadamente, a utilidade que pode ter uma abordagem qualitativa deste tipo (entrevistas semi-estruturadas com um grupo de participantes diversificado, ainda que numericamente restrito) como apoio ao desenvolvimento de acções de promoção da saúde. A riqueza do universo assim afluído lança pistas sobre questões que, de outra forma, não poderiam ser abordadas (e.g., percepções de controle; certas estratégias individuais ou obstáculos à acção; conteúdos dos conhecimentos, valores e prioridades pessoais) e chama a atenção para áreas a aprofundar com outro tipo de abordagens, designadamente de caracterização quantitativa/ extensiva, para suporte à actuação (e.g. factores de risco e recursos mais pertinentes para grupos em causa). A boa adesão registada junto da quase totalidade dos entrevistados e a flexibilidade e abertura que permite na recolha da informação, são outros argumentos a favor do recurso a este tipo de metodologia - em particular, junto de públicos em que, como foi muitas vezes o caso, é manifestamente grande a distância de quadros conceptuais, culturais e linguísticos face ao discurso e pensamento técnico. Adivinham-se, além disso, óbvias potencialidades como parte de processos mais amplos de participação. Ficaram, sem dúvida, também patentes alguns problemas e limitações - como o considerável dispêndio de tempo envolvido (na recolha e sobretudo na análise dos dados) ou as dificuldades de comunicação que, ainda assim, subsistem (com causas várias, das dificuldades cognitivas e sensoriais às diferenças de vocabulário e de referentes conceptuais). Estes não comprometem porém a avaliação geral desta como uma componente válida e enriquecedora da investigação em PromS e com este grupo.

¹⁴³ Assinale-se ainda que a pesquisa gerou adicionalmente alguns elementos com implicações potenciais para a intervenção em saúde embora em outras áreas, não directamente relevantes no presente contexto (e.g., pistas relativas à relação com os profissionais de saúde). Por outro lado, pelo seu carácter mais particular (e marginal face aos objectivos de fundo da investigação), ficam também cingidas às respectivas secções deste capítulo, aspectos com implicações de interesse sobretudo teórico, que poderão, nalguns casos, ser sugestivas de áreas para investigação adicional (e.g. mecanismos subjacentes à auto-avaliação da saúde e factores que condicionam este processo).

Cap. 4

Desigualdades Sociais em Saúde:

Estudo Preliminar

(dados do European Social Survey)

A. Introdução	238
B. Metodologia	239
B.1. Opções metodológicas – Fundamentação	239
B.2. Dados, Amostra, Variáveis e Análise Estatística – Síntese	246
C. Resultados	249
C.1. Elementos de enquadramento: Distribuição (univariada) dos estratificadores de equidade e resultados de saúde	249
C.2. As desigualdades de saúde entre estratos sociais: Análise Bivariada	250
2.1. Caracterização detalhada: Gradientes de Saúde e Bem-estar	250
2.2. Caracterização detalhada: Quantificação das desigualdades sociais na saúde. Comparação de indicadores e medidas de associação	251
2.3. Comparação de amostras (Portugal e países europeus; homens e mulheres portugueses) e Medidas sintéticas	255
C.3. Implicações a nível populacional: Medidas de Impacte	258
C.4. Efeitos ajustados dos factores sociodemográficos: Análise Multivariada	261
D. Conclusões gerais	264

A presente componente da pesquisa analisa a magnitude, padrão e impacte das desigualdades sociais na saúde dos idosos portugueses, com base no estudo da relação entre variáveis de estratificação socioeconómica e geográfica e de resultados de saúde na subamostra de inquiridos do ESS3-2006 com 65+ anos residentes em Portugal. Uma dimensão adicional de comparação europeia introduz um termo de referência nesta análise.

Recorre-se a medidas e indicadores alternativos, procurando retirar implicações quanto aos que se revelam mais adequados para os fins pretendidos – nomeadamente com vista à sua posterior aplicação a outros resultados e determinantes da saúde. Nesse sentido, a abordagem desenvolvida neste capítulo constitui uma primeira etapa, de maior ênfase analítico e metodológico, na medição das desigualdades sociais em saúde, que terá continuidade no “Perfil de Saúde” (Cap. 5), onde se irá adoptar (quando os dados o permitam) um prisma de equidade transversal a todas as questões de saúde da população idosa portuguesa.

A. Introdução

O princípio ético da **Equidade em Saúde** é um dos valores centrais da abordagem de Promoção da Saúde adoptada no presente trabalho (ver referencial PromS, desenvolvido na Parte I, Cap. 1), que encontra eco em políticas como a “*Health for All*” da OMS e se alicerça no direito fundamental de todas as pessoas ao “melhor estado de saúde possível de atingir”, reconhecido em diversos tratados internacionais (v.g., Backman *et al.*, 2008).

Conforme se discutiu no Cap. 2 (B.1.2.-Desigualdades), a sua prossecução exige políticas expressamente orientadas no sentido de: “*no one should be disadvantaged from achieving [their full health potential] because of their social position or other socially determined factors*” (Whitehead, Dahlgren, 2006, p. 6). Estas envolvem a formulação de objectivos e acções visando a redução das **Iniquidades ou Desigualdades Sociais em Saúde**¹ (v.g., Dahlgren, Whitehead, 2006; Graham, 2004), mas também a sua **medição e monitorização** - como aliás sublinha o recente relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde/CSDH designada pela OMS (CSDH, 2008), que elege “monitorização, investigação e formação” como um dos três princípios de acção essenciais para atingir a equidade em saúde. Dispor de informação actualizada é crucial para conhecer a dimensão e evolução do problema, identificar os mais afectados e os possíveis “pontos de entrada” para a intervenção (*idem*), bem como para a subsequente definição de objectivos e avaliação de resultados, incluindo o precaver de eventuais efeitos adversos das intervenções (Whitehead, Dahlgren, 2006). No entanto, alguns países europeus – onde se incluirá Portugal - não asseguram sequer ainda o que Dahlgren e Whitehead (*ob. cit.*) identificam como o mais básico dos estádios no “espectro de acção sobre as iniquidades em saúde”: o da mensuração sistemática das desigualdades sociais existentes.

De facto, embora documentadas pelo menos desde o século XIX, as desigualdades sociais em saúde só nos últimos anos têm recebido, no panorama internacional, maior destaque, académico e político. Observadas em todos os países estudados e com sinais de agravamento recente são, porém, já apontadas como um importante desafio actual da saúde pública, quer a nível mundial (CSDH, 2008), quer no quadro europeu (v.g., Mackenbach, 2006).

Apesar de mais escassa, a investigação tem-se estendido já também à população idosa. Conforme se aprofundou em Cap. 2 (B.2.3.1-PSE), a evidência internacional disponível atesta em geral a persistência nesta faixa etária de um gradiente social observável em múltiplos resultados de saúde e bem-estar (v.g. Avendano *et al.*, 2005; Bowling, 2004b; Breeze *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2005; Dalstra *et al.*, 2006; Demakakos *et al.*, 2008; Grundy, Holt, 2001; Howse, 2005; Huisman *et al.*, 2003, 2004; IUHPE, 1999a; Koster *et al.*, 2006; Mackenbach, 2006; Næss *et al.*, 2006; Rueda *et al.*, 2008; von dem Knesebeck *et al.*, 2006).

Para **Portugal**, não se conhecem estudos recentes que foquem especificamente as desigualdades sociais em saúde para a população mais velha assentando na definição mais ampla de determinantes sociais da saúde e das iniquidades subjacente ao presente trabalho². Estas são, de resto, questões que tendem a merecer ainda reduzida atenção no âmbito das políticas de saúde nacionais³.

Visando a Parte II deste trabalho a obtenção de elementos de caracterização da situação da população portuguesa de 65+ anos úteis para a formulação de políticas de PromS65+, este é pois um aspecto essencial a contemplar – nomeadamente como óptica a adoptar, de modo transversal, no Perfil de Saúde traçado (Cap. 5). No entanto, a escassez de dados e de pesquisa nacional neste domínio, a par da

¹ Estes dois termos são usados como equivalentes no presente trabalho, considerando-se genericamente que as desigualdades socialmente produzidas são modificáveis e injustas (cf. Cap. 2-B.1.2).

² A investigação nacional sobre as questões da equidade tem-se centrado sobretudo na perspectiva dos cuidados de saúde (v.g. Pereira, 1995) e/ou das desigualdades de base geográfica (v.g. Santana, 2005). O único estudo que se conhece relativo aos idosos analisa precisamente a interligação destas duas vertentes: baseado essencialmente em dados do INS de 1995 “*this paper reviews some of the evidence for regional differences in the health status of elderly people in Portugal and considers how health services have reacted to these differences*” (Santana, 2000, p. 1025). Alguns estudos europeus, abordando as desigualdades de base socioeconómica, incluem população idosa portuguesa, mas datam também já de há mais de uma década – como o trabalho de Huisman *et al.* (2003) utilizando dados de 1994 do *European Community Household Panel* (ECHP).

³ No Cap. 6 incluem-se referências ao tratamento do tema da equidade no actual Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

complexidade metodológica envolvida, aconselham um estudo prévio mais detalhado: não só de avaliação das desigualdades sociais patentes na saúde nesta população, como também de exploração de instrumentos adequados para a sua caracterização. É esse o duplo propósito da análise apresentada no presente capítulo que, recorrendo aos dados do inquérito ESS3-2006 (Jowell *et al.*, 2007) analisa diferenças nos principais resultados de saúde dos diferentes subgrupos sociais de idosos portugueses recorrendo a diversos tipos de indicadores e medidas e enquadrando-as face a outros países europeus. As conclusões servem de base para uma continuação, no Cap. 5, da análise da situação nacional de iniquidades de saúde entre os idosos, estendendo aí a outras dimensões de saúde e seus determinantes os instrumentos analíticos seleccionados no presente capítulo.

Mais **concretamente**, esta componente da pesquisa pretende:

- caracterizar e quantificar a existência e padrão de desigualdades sociais em saúde em idosos portugueses, com base no estudo da relação entre variáveis de estratificação socioeconómica e geográfica e de estado de saúde/bem-estar na subamostra, do ESS3-2006, de inquiridos idosos residentes em Portugal Continental;
- reunir elementos que, além da magnitude da associação entre os dois tipos de variáveis, contemplem o significado desta atendendo ao peso dos vários grupos/estratos sociais na população actual – aspecto indispensável para a apreciação das implicações para a realidade nacional e, conseqüentemente, para políticas de combate às desigualdades sociais na saúde dos mais velhos;
- através de análise comparativa com dados relativos aos idosos de outros países da “Europa dos 15” disponíveis no ESS3, encontrar um termo de referência potencialmente sugestivo quer quanto à importância do problema em Portugal, quer quanto à sua modificabilidade.

Um objectivo paralelo, do foro metodológico, envolve:

- explorar e comparar os resultados obtidos com diversos indicadores e medidas alternativas, procurando retirar implicações quanto aos que se revelam mais adequados para os propósitos em vista.

Esta vertente da investigação constitui pois, em certo sentido, uma componente introdutória de uma análise a prosseguir no capítulo “Perfil de Saúde”. O âmbito mais eminentemente descritivo e prático desse Cap. 5 preclui o aprofundamento de aspectos, nomeadamente metodológicos, aqui enfatizados, ao mesmo tempo que beneficiará das ilações deles retiradas, permitindo, pela sua maior abrangência, alargar a óptica de análise “destilada” deste estudo preliminar a outros indicadores de determinantes e resultados da saúde (do ESS3 e, menos sistematicamente, também de outras fontes).

B. Metodologia

B.1. Opções metodológicas – Fundamentação

Embora a existência de importantes e persistentes desigualdades sociais em saúde seja genericamente aceite, estando já, em linhas gerais, bem documentada a relação entre factores sociais e saúde (Kelly *et al.*, 2007, p. 10), continuam a subsistir inúmeros desafios e controvérsias nestas matérias⁴ – a par de um défice na eficácia e abrangência das intervenções implementadas na generalidade dos países (v.g., Solar, Irwin, 2007; Dahlgren, Whitehead, 2006). Se bem que não seja suficiente para assegurar acção política, a produção de evidência adequada, a nível global e local, será um contributo essencial, como salienta a rede MEKN da CSDH (Kelly *et al.*, 2007) – mas também uma área de significativa complexidade, colocando ainda vários desafios.

Mesmo no plano mais básico da medição das desigualdades sociais existentes – aquele em que, no essencial, se situa a presente estudo – colocam-se inúmeras **opções**, reflectindo não só os debates teóricos (e ideológicos) que subjazem a este domínio, mas também considerações e dificuldades de ordem metodológica e prática. Diversos autores e entidades têm vindo, em anos recentes, a procurar sistematizar esses aspectos (v.g. Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005; Kunst *et al.*, 2001; Nolen *et al.*, 2005;

⁴ Ver Cap. 2 (B.1.2. e também B.2.3.1.) quanto a algumas das dificuldades conceptuais – e divergências ideológicas – que marcam actualmente este domínio (e.g., grandes teorias explicativas; mecanismos causais específicos; modalidades/ foco da intervenção, etc.), bem como as definições e posições adoptadas no âmbito do presente trabalho.

Regidor, 2004a, 2004b) – de um modo geral, aplicáveis também ao estudo e monitorização das iniquidades de saúde na população idosa, ainda que com algumas particularidades e mesmo, segundo alguns, dificuldades acrescidas (Grundy, Holt, 2001). Não existindo uma forma única, universalmente adequada, de medir as desigualdades sociais em saúde, é de reter nomeadamente o carácter valorativo/ideológico de algumas das opções a tomar (v.g., Potvin, 2005) – sendo a explicitação das posições subscritas a “solução” preconizada para o viés assim introduzido (Kelly *et al.*, 2007). Há que ter presente, em qualquer caso, que as decisões condicionarão os resultados obtidos (v.g. Bowling, 2004b). E que o tipo de abordagem analítica seguida tem ainda possíveis implicações em termos de sugestão, mesmo que implícita, de causalidade (Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005) – e, logo, de vias de intervenção.

a) Opções quanto à Fonte de dados

Uma questão de fundo que se coloca no plano nacional é a do acesso a dados adequados, dada a dificuldade em encontrar fontes de informação abrangendo idosos portugueses que contemplem a indispensável conjugação de indicadores de saúde e de estatuto socioeconómico e/ou outros estratificadores de equidade⁵.

O **ESS3-2006** destaca-se como um inquérito de abrangência nacional, recente, de fácil acesso e elevada qualidade metodológica⁶, que reúne esses requisitos e a vantagem acrescida de abranger outros países europeus, investindo particularmente na comparabilidade de dados internacionais. Integrando, neste Round 3, uma amostra representativa da população com 15 anos e mais anos residente no Continente português (n = 2222), o ESS3 inclui uma subamostra de inquiridos com 65 e mais anos de dimensão n = 634.

A natureza destes dados determina desde logo **limitações** do estudo que importa ressaltar:

- o seu carácter descritivo transversal restringe a investigação a uma análise da associação entre factores sociais e resultados saúde, sem possibilitar inferências quanto à existência ou direcção de relações causais, as quais constituem, neste quadro, mero pressuposto decorrente da evidência de outros estudos, nomeadamente longitudinais;
- o recurso a inquéritos de grande escala e que não são do sector da saúde, ainda que crescentemente utilizado e advogado (v.g., Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005; Etches *et al.*, 2006) envolve desvantagens quer de menor especificidade dos indicadores de saúde, quer do seu carácter auto-reportado (comum aliás também aos estratificadores sociais), constituindo factor de redução de precisão das medidas e potencial viés.

Por outro lado, a dimensão da amostra implica também alguns limites à desagregação de variáveis (e.g., no números de níveis/grupos criados e/ou cruzamentos de variáveis). Finalmente, sendo o inquérito globalmente representativo a nível nacional, tal garantia de representatividade não se pode naturalmente assegurar quando se desce ao nível dos vários subgrupos criados para efeitos das presentes análises, criando assim inevitáveis limites à generalização das conclusões extraídas.

Finalmente é de sublinhar que o ESS3-2006 exclui a população idosa institucionalizada. Atendendo a que este grupo será aquele que tenderá a ter mais problemas de saúde e a que há, além disso, indicações genéricas no sentido de maior risco de institucionalização entre as pessoas de mais baixa PSE (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Martikainen *et al.*, 2008) é possível que, como tem sido apontado por outros autores, essa exclusão contribua para uma subestimação das iniquidades de saúde existentes - sobretudo nas idades mais elevadas (v.g. Dalstra *et al.*, 2006; Huisman *et al.*, 2003).

b) Opções quanto a Indicadores e Medidas de Desigualdade

Definidas, como se viu (cf. Cap.2-B.1.2), as desigualdades sociais em saúde como “*systematic differences in the health of groups and communities occupying unequal positions in society*” (Graham, 2004, p. 101), o seu estudo empírico traduz-se, em linhas gerais, na análise e, de preferência, na quantificação, da **relação** entre dois tipos de variáveis: **estratificadores** de equidade (i.e. as variáveis cujas várias categorias/níveis

⁵ Para além do ESS3, a outra potencial fonte de dados recentes, com as características necessárias a este tipo de análise, seria o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; não foi porém possibilitado o acesso à respectiva base de dados em tempo útil para inclusão na presente pesquisa.

⁶ Atestando a qualidade científica deste projecto, assinala-se que lhe foi atribuído em 2005 o “EU’s Descartes Prizes for Excellence in Scientific Research” – a primeira vez que tal sucedeu para as ciências sociais.

correspondem aos diferentes grupos/estratos na hierarquia social) e resultados de **saúde**. Podendo o tema ser abordado a diferentes níveis, no presente estudo a unidade de observação é o indivíduo.

• Dimensões de desigualdade /Estratificadores de equidade (SE)

São diversos os eixos de diferenciação social que constituem potenciais dimensões, interligadas mas distintas, de iniquidade (v.g., Kelly *et al.*, 2007; ver Cap.2-B.1.2). Quatro grandes tipos de estratificadores (SE) são porém mais habitualmente usados na investigação das desigualdades sociais de saúde: estatuto ou posição socioeconómica (PSE), género, área geográfica e etnicidade (v.g., Nolen *et al.*, 2005).

• No que toca à PSE⁷, vários autores aconselham o recurso paralelo a mais do que um SE socioeconómico. Por exemplo, num relatório para a Comissão Europeia sobre monitorização das desigualdades socioeconómicas na saúde na UE propõe-se: *“In general, at least two of the three core indicators of socio-economic status (education, occupation and income) should be measured in relation to the health indicator”* (Kunst *et al.*, 2001, p. 35). Ainda que fortemente interrelacionados, estes indicadores remetem para mecanismos/ componentes da PSE não inteiramente coincidentes, conforme mais extensamente se discutiu em Cap.2-B.2.3.1⁸. Incluir vários SE permitirá então captar de forma mais abrangente o fenómeno/ PSE, mas também porventura indiciar mecanismos específicos em jogo (v.g. Grundy, Holt, 2001)⁹. Os SE podem, além disso, assumir diferente relevância para diferentes populações – não só em função da natureza contextual distinta das iniquidades em causa, mas como reflexo também das propriedades metodológicas dos indicadores. Revendo especificamente investigação sobre as desigualdades sociais na saúde dos idosos, Bowling (2004b) sublinha as dificuldades inerentes à medição do ESE neste grupo, já que os vários indicadores que têm sido utilizados – as três variáveis clássicas de PSE ou ainda o regime de propriedade da habitação, posse de automóvel ou de outros recursos – levantam questões diferenciadas, nomeadamente em termos de sensibilidade e poder discriminativo (bem como de disponibilidade). Conclusões em termos do mérito relativo dos diferentes indicadores, objecto de várias pesquisas, são além disso complicadas pelo facto do seu poder preditivo face à saúde parecer variar de país para país¹⁰. Numa investigação recente, comparando indicadores socioeconómicos, quanto ao seu poder preditivo da saúde “menos que boa” em idosos de 10 países europeus, Dalstra *et al.* (2006) recomendam *“that more refined socio-economic measures are developed and that in the meantime both education and income are used when studying socio-economic health differences among the elderly”* (p. 2046). Assim, e desconhecendo-se investigação que compare os méritos relativos dos vários indicadores especificamente no nosso país¹¹, adoptar-se-ão no presente estudo estes dois tipos variáveis (ambos contemplados no ESS2-2006), como indicadores de PSE¹².

⁷ Referir-se-ão aqui indicadores socioeconómicos operacionalizados em termos de características individuais – a abordagem mais frequente e, como se referiu, a adoptada no presente trabalho. No entanto, como se observou no Cap. 2. este tipo de factores pode igualmente ser abordado a outros níveis de análise – e.g., numa perspectiva ambiental, com referência à área de residência - havendo inclusive trabalhos que analisam a conjugação destes dois tipos de indicadores (v.g., Breeze *et al.*, 2005).

⁸ Por exemplo, ainda que ambos sejam indicadores gerais de PSE, o rendimento remete mais directamente para condições materiais de vida e, sendo mais mutável, para a PSE actual, tendo a desvantagem de poder ser afectado pelo estado de saúde (mecanismo de “selecção social”); enquanto a educação, evocando o acesso a informação/ conhecimento e outros recursos não materiais, é geralmente fixada no início da vida e menos susceptível a efeitos de causalidade reversa – mas também menos sensível a evoluções ocorridas na PSE durante a vida adulta.

⁹ Por exemplo, um estudo de Huisman e colegas em 11 países europeus (2004), encontra padrões diferentes de desigualdade de mortalidade dos idosos, em função do indicador ser a educação ou a propriedade da habitação, que os autores interpretam como sugestivos de mecanismos causais subjacentes distintos.

¹⁰ Grundy e Holt (2001), por exemplo, para o estudo das desigualdades em saúde de idosos no Reino Unido defendem o recurso à conjugação do nível educativo ou classe social, com um indicador de privação, contrastando com as conclusões da equipa de von dem Knesebeck (2003), que, para a Alemanha, indica o rendimento como o melhor preditor, não sendo possível uma escolha clara nos Estados Unidos.

¹¹ Refira-se, em todo o caso, a observação, efectuada para população portuguesa ainda que não no âmbito da saúde, de que, para a análise de padrões de vida na velhice, o nível de qualificações é particularmente importante “na estruturação dos diversos conjuntos de práticas sociais” – tanto mais que os indicadores socioprofissionais disponíveis são pouco adequados (escassos e remetendo para o presente, i.e., situação em geral de inactividade) (Mauritti, 2004).

¹² É de assinalar que o ESS3-2006 inclui também dados relativos à ocupação profissional (classificação ISCO88), mesmo dos indivíduos sem actividade económica actual; no entanto as maiores dificuldades envolvidas na operacionalização de grandes grupos comparativos, a par do menor interesse relativo deste indicador para a população reformada, levou à opção da sua não inclusão no presente estudo. Já outras operacionalizações da

→ Mais concretamente, no que concerne ao rendimento, o ESS3 inclui uma questão sobre rendimento líquido total do agregado familiar (codificado em escalões) e uma outra de apreciação subjectiva do rendimento, ambas a utilizar na análise. O indicador de rendimento total familiar auto-reportado (“objectivo”) apresenta diversos problemas: se o reduzido interesse dos valores absolutos de rendimento em comparações transnacionais e o não ter em conta a dimensão do agregado seriam parcialmente contornáveis por operacionalizações alternativas da variável, já a muito elevada taxa de não resposta¹³ compromete seriamente a sua utilidade; inclui-se mesmo assim em parte das análises efectuadas pelo seu interesse descritivo. Por sua vez, no que toca ao segundo tipo de indicador, subjectivo, embora com menor tradição, têm já sido usadas por alguns autores medidas de auto-avaliação da adequação do rendimento em estudos de desigualdades sociais na saúde de idosos, observando-se inclusive uma mais forte associação com a auto-avaliação da saúde do que a do rendimento efectivo (v.g., Nummela *et al.*, 2007) ou, num estudo longitudinal, um maior poder preditivo do início de incapacidade (Matthews *et al.*, 2005). Assim o recurso a indicadores subjectivos de rendimento revela-se de interesse - embora, como sugerem esses autores, os mecanismos subjacentes requeiram ainda esclarecimento adicional¹⁴ -, pelo que este será aqui tomado como o principal estratificador de rendimento.

→ Quanto à educação (escolaridade completada, no ESS3 codificada tanto em termos de níveis de escolaridade como de anos), é considerado um indicador de fácil e objectiva mensuração, boas taxas de resposta, relativa comparabilidade internacional e aplicabilidade mesmo aos reformados (v.g. von dem Knesebeck *et al.*, 2006). Coloca em contrapartida, para a população idosa em geral (v.g., Grundy, Holt, 2001; Huisman *et al.*, 2003) e para os portugueses de sobremaneira, um problema de falta de poder discriminativo, já que poucas foram as pessoas desta geração que prosseguiram além dos níveis mais básicos de escolaridade. Para este, como para os demais estratificadores socioeconómicos, a definição das categorias a comparar terá de ter em linha de conta a efectiva distribuição da variável, procurando que correspondam a grupos significativos do ponto de vista da realidade nacional mas assegurando, em simultâneo, as dimensões mínimas de subamostra necessárias às análises estatísticas.

Comum também a estes vários indicadores é a questão do número de categorias/níveis a adoptar na operacionalização dos SE. As recomendações de diversos autores e organismos internacionais (v.g. Kelly *et al.*, 2007; Whitehead, Dahlgren, 2006), tal como o próprio quadro conceptual adoptado (Cap.2-B.1.2), sublinham a importância de analisar o gradiente de saúde, i.e. as desigualdades em saúde ao longo de todo o espectro socioeconómico, o que argumenta a favor da discriminação de vários níveis na escala social. Uma tal abordagem tem contudo inconvenientes práticos, quer em termos de complexidade/excesso de informação, quer pelas próprias limitações das amostras e indicadores disponíveis, que desaconselham, do ponto de vista estatístico, uma maior desagregação das variáveis. O plano de análise procurará então equilibrar estas duas tendências contrárias.

- Quanto à dimensão de potencial discriminação étnica¹⁵ não é incluída na análise; não porque não exista informação no ESS3-2006 sobre esta questão, mas pela muito reduzida representação, na amostra dos idosos nacionais, de indivíduos com diferentes pertenças étnicas - que de resto deverá reflectir a (ainda) pouca expressão desta situação na sociedade portuguesa.

situação socioeconómica potencialmente relevantes – nomeadamente assentes na riqueza/bens - não são possibilitadas pelos dados disponíveis neste inquérito.

¹³ Recusam ou não sabem responder a esta questão 39% (n=245) dos inquiridos portugueses e 26% (n=1167) nos restantes países europeus.

¹⁴ Uma das hipóteses formuladas é que este tipo de indicador capte dimensões objectivas não captadas pelos indicadores de rendimento – por exemplo, riqueza (Matthews *et al.*, 2005) e outros recursos disponíveis na área de residência (Nummela *et al.*, 2007). Mas poderá, também, revelar sobretudo dificuldades na gestão do orçamento doméstico (*idem*). Por sua vez, aspectos como o funcionamento cognitivo, “morale” (Matthews *et al.*, *op. cit.*) ou depressão (Nummela *et al.*, *op. cit.*) não parecem significativamente implicados na associação observada com os resultados de saúde, que se mostrou pouco alterada face ao ajustamento para esses factores.

¹⁵ É aliás interessante assinalar que o inquérito inclui uma questão sobre percepção de pertença a grupo discriminado, contemplando inúmeras dimensões possíveis de discriminação. No entanto, dos idosos portugueses só 3% (n=18) se consideravam discriminados – um grupo, portanto, excessivamente pequeno para inclusão na presente análise; e nestes o motivo de discriminação mais mencionado é a idade (n=12), sendo que a nacionalidade é apontada por 2 pessoas e a cor/raça só é mencionada por uma, assim como a religião, ao passo a etnia nunca é assinalada. Este tema será retomado no Cap. 5.

- A par de estratificadores sociais, a CSDH recomenda que um sistema mínimo de vigilância de equidade em saúde inclua “*at least one regional marker (e.g. rural/urban, province)*” (2008, p. 181) - dimensões geográficas que podem conotar importantes diferenças no contexto de vida e decorrentes iniquidades em saúde (cf. Cap. 2-B.2.2). Em termos destes estratificadores geográficos o ESS3 possibilita a diferenciação com base na região/NUTS II, bem como numa variável (auto-reportada) referente ao tipo/dimensão de localidade de residência, que poderá ser usada como *proxy* para a dimensão urbano-rural, não directamente contemplada no inquérito. Ainda que estes elementos só permitam uma exploração muito superficial de desigualdades de saúde de base geográfica, essa é, de qualquer forma, uma abordagem já mais estudada no panorama nacional (v.g., Santana, 2005).
- Quanto ao género, tem sido recomendado que, quando possível, se faça a análise das demais dimensões de desigualdade em separado para homens e mulheres, pois tem-se observado que tanto a magnitude como as próprias causas das iniquidades podem variar entre os sexos (Whitehead, Dahlgren, 2006). Essa é pois a linha adoptada, ainda que com limites decorrentes da dimensão da amostra.
- A diferenciação etária, mesmo dentro do grupo de 65+ anos, constitui uma dimensão relevante para o estudo das desigualdades sociais de saúde nesta população – sendo inclusive, como se viu (Cap. 2 - B.1.2) um ponto de debate em aberto se, com o avançar da idade, se observa um dominante “efeito nivelador” das iniquidades ou, pelo contrário, prevalece uma tendência de “divergência”, resultado de um efeito cumulativo (v.g. Howse, 2005). A dimensão da amostra disponível no ESS3-2006 não permitirá contudo uma análise estatística discriminada das iniquidades sociais dentro de cada subgrupo etário.

• Resultados de saúde/bem-estar

No já referido relatório para a UE de Kunst e colegas inclui-se, nas *guidelines* relativas aos indicadores de saúde: “*Where possible, self-reported morbidity is measured by indicators on (a) perceived general health, (b) the prevalence of chronic diseases, (c) the prevalence of disability and functional limitations and (d) the prevalence of any long-standing health problem*” (2001, p. 50). O ESS3-2006 só contempla dois destes indicadores de saúde, ambos globais e auto-reportados – auto-avaliação de saúde e limitação de actividades. A abordagem PromS65+ adoptada (ver Cap. 2), valoriza ainda, a par destes resultados de saúde global e de funcionalidade/incapacidade, uma dimensão mais ampla de bem-estar, pelo que se opta por incluir também um indicador de bem-estar global¹⁶.

O recurso exclusivo a informação de saúde fornecida pelos próprios inquiridos, embora implicando inevitavelmente algumas limitações, é prática frequente em investigações desta natureza (v.g., Dalstra *et al.*, 2006; Demakakos *et al.*, 2008; Grundy, Holt, 2001; Huisman *et al.*, 2003) e inclui-se, como se referiu, entre as possibilidades contempladas nas orientações sobre estudos neste âmbito (v.g. Kunst *et al.*, 2001; Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005). Em particular, a literatura sobre a auto-avaliação de saúde tem comprovado ser este um válido e robusto indicador do estado de saúde objectivo dos idosos, abarcando dimensões físicas, mentais, funcionais, etc. (ver Cap. 2-B1.1). No entanto, como igualmente já discutiu, a natureza subjectiva e complexa dos processos subjacentes a tal avaliação abre portas à influência de factores culturais e sociais, criando pois potenciais problemas à comparação entre diferentes grupos/populações. De especial relevo neste contexto é o risco de que diferenças sistemáticas na tendência de resposta em função do ESE introduzam enviesamentos na análise das iniquidades em saúde, não tendo ainda a investigação neste domínio permitido conclusões claras¹⁷; em todo o caso, com base num estudo longitudinal recente, Huisman e colegas concluem que “*educational differences in self-assessed health that are reported in numerous studies should not be expected to seriously overestimate educational differences in ‘objective’ health status*” (2007, p. 1207)¹⁸.

¹⁶ Detalhes sobre a operacionalização desta e demais variáveis serão retomados adiante, bem como no Anexo 11 relativo aos índices criados e variáveis do ESS3-2006.

¹⁷ Por exemplo, tem sido assinalada em pessoas de menor nível educativo uma menor propensão para reportar problemas de saúde, mas também para fazer um juízo em média mais negativo face a uma mesma descrição de estado de saúde (estudos citados respectivamente em Dalstra *et al.*, 2002 e Huisman *et al.*, 2007).

¹⁸ Nesta investigação só entre os homens com formação superior se observaram diferenças educacionais significativas no poder preditivo da auto-avaliação de saúde em relação à mortalidade (*ob. cit.*).

Como se verá, as principais medidas de desigualdade utilizadas pressupõem uma dicotomização dos resultados de saúde e bem-estar. Procurar-se-á, no entanto, parcialmente compensar a perda de informação envolvida nesta polarização, do que será essencialmente uma realidade em *continuum*/“contínua”, através de apresentações gráficas incluindo uma maior discriminação de categorias de resposta (C.2.1). Por outro lado, no que toca à variável auto-avaliação de saúde usam-se em paralelo duas codificações alternativas, uma centrada no pólo positivo da saúde (saúde “boa” ou “muito boa” vs. restantes categorias) e outra no pólo negativo (saúde “má” ou “muito má” vs. restantes categorias) – já que podem corresponder a conceitos distintos e implicar diferentes resultados (v.g. Kunst *et al.*, 2001; 2005)¹⁹.

• Plano de análise estatística dos dados, medidas e índices

Em coerência com o entendimento aqui adoptado e com o que tem sido defendido por outros autores, o estudo das desigualdades sociais em saúde, porque remete para a relação de variáveis/ comparação de grupos, assenta necessariamente em medidas (pelo menos) bivariadas (v.g. Regidor, 2004a,b).

A distribuição (univariada) dos estratificadores de equidade e de saúde nas amostras do ESS3, reveste-se porém de interesse como passo preliminar da análise – contemplado aliás nas *guidelines* de Kunst *et al.*: “*Information on population distributions should be presented because estimates of health indicators per socio-economic group cannot be interpreted properly without information on the size of these groups*” (2001, p. 48). Estes dados²⁰ constituirão pois um quadro de referência para interpretação das implicações, para a população nacional, decorrentes das medidas de associação e outras, servindo ainda de indicação quanto à dimensão das desigualdades sociais existentes no nosso país (e à magnitude dos problemas de saúde em causa).

A distribuição (bivariada) da saúde segundo o níveis dos SE traduz-se na observação dos valores assumidos por cada variável de saúde em cada estrato dos SE, i.e., em cada um dos subgrupos sociodemográficos de idosos definidos.

→ É, num primeiro momento, objecto de abordagem descritiva mais detalhada com recurso a gráficos (atendendo à natureza e volume da informação em causa). Apresentando a distribuição dos resultados de saúde (categorias não reagrupadas) ao “longo” dos níveis/grupos definidos pelos estratificadores sociais, estes visam captar aspectos que arriscam a diluir-se nas medidas de síntese utilizadas – com destaque para o gradiente social da saúde mas também o *continuum* de situações de saúde/bem-estar.

→ Num passo seguinte, é apresentada a frequência/prevalência dos resultados de saúde/bem-estar de interesse (variáveis já dicotomizadas) observada em cada um dos grupos/estratos sociais definidos pelos SE (objecto de reagrupamento quando justificado, de modo a assegurar categorias de interesse comparativo e maior dimensão das sub-amostras). Inclui-se ainda teste estatístico das diferenças entre grupos.

Para o aprofundamento do estudo das iniquidades em saúde é porém essencial incluir medidas/índices que sintetizem os dados e **quantifiquem** a magnitude do problema. Diversas classificações, comentários e recomendações têm sido produzidos sobre este tema (v.g. Carr-Hill, Chalmers-Dixon, 2005; Kunst *et al.*, 2001; Regidor, 2004a, 2004b), sendo em geral de considerar a adequação diferenciada de cada medida não só aos objectivos e tipo de dados disponíveis²¹, mas também ao quadro conceptual e valorativo/normativo adoptado (v.g., Potvin, 2005). São contempladas:

¹⁹ Kunst e colegas obtiveram padrões de desigualdade diferentes quando codificaram os resultados de saúde restringindo-se só às categorias “má/muito má” e quando agregaram “saúde má e razoável” (sendo as primeiras genericamente mais acentuadas – Kunst *et al.*, 2005), pelo que recomendam que, de modo geral, se proceda à avaliação das iniquidades em saúde usando ambos as operacionalizações (Kunst *et al.*, 2001).

²⁰ A complementar com outra informação sobre a distribuição das variáveis na população portuguesa apresentada no âmbito do “Perfil de Saúde”-Cap. 5.

²¹ Por exemplo, Regidor (*ob.cit.*) classifica as medidas bivariadas em medidas de associação, medidas de impacto potencial e medidas baseadas no *ranking* da variável socioeconómica/estratificadora, sublinhando que para além das suas propriedades estatísticas, tornando-as convenientes para certas aplicações e não para outras, haverá que ponderar outras considerações. Carr-Hill e Chalmers-Dixon (*ob. cit.*) sugerem que se atenda em especial às seguintes vertentes: remeterem para diferenças relativas ou absolutas (aconselhando-se, em geral, a sua combinação); corresponderem a medidas de efeito ou de impacto total (sendo que só as segundas levam em linha de conta a distribuição da população em termos da variável socioeconómica); e a sua simplicidade (por exemplo, medidas simples poderão ser mais apelativas para decisores políticos, mas mais fracas a captar o fenómeno do que outras mais sofisticadas).

→ Medidas de associação entre os SE e os resultados de saúde - estimam a existência e magnitude da relação entre os dois tipos de variáveis a partir da comparação dos resultados de saúde (dicotomizados) obtidos pelos grupos/estratos sociodemográficos considerados mais relevantes. Para cada SE é seleccionada, como grupo de referência, a categoria socioeconómica mais elevada e/ou aquela que tende a gozar de melhor saúde – reflectindo a opção no presente trabalho por uma perspectiva de “nivelamento por cima” (v.g. Whitehead, Dahlgren, 2006) –, a qual serve então como termo de comparação para os resultados de cada um dos restantes grupos sociodemográficos. Pretende-se assim dar conta do gradiente de saúde associado a cada estratificador, destacando o actual afastamento de uma situação em que todos beneficiassem do nível de saúde já atingido pelo grupo mais favorecido. A alternativa, traduzindo-se na comparação só entre os 2 grupos/categorias extremas (reflectindo uma abordagem centrada no “fosso de saúde”), pode, no entanto, ser tomada como medida de síntese útil, quando se constata uma associação tendencialmente linear (Regidor, 2004a) – e é, como tal, retomada a título de índice sumativo²².

Em acordo com recomendações constantes na literatura (CSDH, 2008; Dahlgren, Whitehead, 2006; Kelly *et al.*, 2007; Kunst *et al.*, 2001), consideram-se quer as diferenças absolutas entre os grupos, quer as diferenças relativas, atendendo às suas implicações distintas²³. Tanto mais que, como destacam Dahlgren e Whitehead “*this is also important from a policy perspective, as general welfare strategies are aimed at changing absolute inequities in health, while both general and equity-oriented strategies are needed to reduce relative differences in health.*” (2006, p.17).

As diferenças absolutas são expressas pela Diferença de Frequências (DF) do resultado de saúde entre os grupos em comparação. Como medida de diferença de relativa, para além do Razão de Frequências (RF) procedeu-se adicionalmente ao cálculo do Odds Ratio (OR) – muito embora esta medida tenha a desvantagem reconhecida de sobrestimar a associação quando, como se verifica geralmente no caso das variáveis em presença, o resultado de saúde em causa não é raro (v.g., Aguiar, 2007; Regidor, 2004a²⁴). Possibilita, em contrapartida, o ajustamento para a idade (ORI)²⁵ permitindo avaliar eventual efeito de confundidamente a ela associado.

→ Medidas de Impacte – são úteis em complemento das medidas de associação, que têm como limitação só avaliar o efeito do SE na saúde, não levando em conta o peso de cada grupo SE na população – o que restringe uma percepção clara das implicações, nomeadamente com vista à intervenção/implementação de políticas. O Risco ou Proporção Atribuível (PA) é um índice sumativo de impacte, que tem o mérito de conjugar estes dois tipos de informação, sendo interpretável como representando “*the proportional decrease that would occur in the frequency of the health problem in a population in the hypothetical case that the frequency of the health problem in all individuals was the same as for individuals in the highest socioeconomic category*” (Regidor, 2004b, pp. 900-901). Assim para cada resultado de saúde e SE seleccionado, o cálculo da PA traduz os hipotéticos ganhos de saúde proporcionais, face à situação actual, decorrentes de uma perspectiva de “equidade por nivelamento por cima” (Kunst *et al.*, 2001, p. 56), i.e., num cenário em que todos tivessem as prevalências/resultados de saúde de que actualmente goza a categoria mais privilegiada.

A discussão de implicações, méritos e limitações destas medidas (e indicadores) será retomada a par da apresentação dos resultados – já que um dos propósitos do presente estudo é precisamente a análise da sua utilidade relativa no contexto da realidade portuguesa e dos dados concretos em causa. Relembre-se, no entanto, desde já que, se a Proporção Atribuível e as próprias medidas de associação envolvem, do ponto de vista estatístico, um pressuposto de causalidade linear (em que os resultados de saúde/bem-estar

²² Com os mesmo propósitos de proporcionar uma leitura simplificada/sintetizada dos mesmos dados, para alguns SE experimenta-se igualmente o cálculo das medidas de associação dividindo a população em dois grupos e comparando o grupo SE mais favorecido com o conjunto da restante população.

²³ Exemplo, com população idosa, de como estas medidas podem proporcionar conclusões divergentes, ao ponto inclusive de mostrar tendências opostas, é o estudo de Huisman *et al.* (2004) que, com o aumento da idade, constata um aumento das desigualdades absolutas na mortalidade e um decréscimo nas desigualdades relativas.

²⁴ Este autor, citando Clayton (1993), aponta 0,20 como limiar de frequência da variável dependente a partir do qual se pode esperar tal efeito de sobrestimação, mas há quem sugira valores inferiores.

²⁵ Este *Odds Ratio* ajustado é obtido, a título comparativo, só para a amostra global de idosos nacionais, através de regressão logística incluindo a variável idade contínua/em anos – uma opção valorizada por Carr-Hill e Chalmers-Dixon (2005), que discutindo a prática mais habitual de standardização usando grupos etários, alertam para os problemas que tal coloca, especialmente nos mais idosos, por não eliminar potenciais efeitos da idade intra-grupo.

são variáveis dependentes que variam como efeito das variáveis SE/estratificadores sociodemográficos), a natureza transversal dos dados preclui qualquer conclusão causal – e a própria evidência conhecida e quadro conceptual adoptado, ainda que hipotetizando um efeito de “causalidade social” dominante reconhecem prováveis relações causais mais complexas, incluindo a possibilidade de algum peso de “causalidade inversa”/selecção de saúde.

A análise multivariada permite explorar o efeito simultâneo dos vários estratificadores, avaliando a associação entre cada um deles e os resultados de saúde que é independente do efeito das demais variáveis sociodemográficas (v.g. Dalstra *et al.*, 2006). Recorre-se assim à Regressão Logística Múltipla (e ainda à Regressão Ordinal, no caso da auto-avaliação da saúde) sintetizando num só modelo as relações dos SE mais relevantes e cada um dos resultados de saúde, observando o seu efeito ajustado e a capacidade preditora do modelo conjunto.

c) Opções quanto às Sub-Populações/Amostras

A generalidade destas análises é feita para a totalidade dos inquiridos de 65 e mais anos da amostra portuguesa do ESS3-2006, bem como, separadamente, para homens e mulheres idosos nacionais.

É em simultâneo aplicada ao conjunto de idosos de outros (oito) países da UE/Europa dos 15 incluídos na base de dados/versão do ESS3 usada. Esta dimensão comparativa internacional – à semelhança da adoptada no Cap. 5/Perfil de Saúde – sem presumir uma comparabilidade directa dos dados e reconhecendo que a agregação de diferentes países é especialmente inadequada numa temática em que o contexto é tido como essencial, pretende tão só criar um termo de referência para a magnitude das iniquidades nacionais encontradas, sinalizando por exemplo situações de mais patente distanciamento face aos padrões internacionais. É pois útil, em particular, como sublinham, por exemplo, Mackenbach e colegas (2008), para ajudar a identificar mais evidentes oportunidades de redução das iniquidades em saúde.

B.2. Dados, Amostra, Variáveis e Análise Estatística – Síntese

• Fonte de dados:

Procede-se a uma análise secundária de dados do *Round 3* do *European Social Survey* (ESS3-2006), inquérito²⁶ coordenado por *R. Jowell and the Central Co-ordinating Team* (2007), sendo utilizada a Versão 1 da base de dados (formato para SPSS) disponibilizada pela *Norwegian Social Science Data Services/NSD*.

• Sub-Amostras analisadas:

• Portugal - 65 e mais anos (PT65+)

Definição: Inquiridos em Portugal continental com idade igual ou superiores a 65 anos (n = 634)

Ponderação: Não se aplica ponderação – excepto nos casos assinalados²⁷)

• 8 países Europa - 65 e mais anos (EU65+)

Definição: Conjunto dos inquiridos idosos (65 e mais anos) dos outros oito países²⁸ da Europa dos 15 incluídos na presente versão da base de dados (n = 3.369)

Ponderação: É sempre aplicado ponderador, seguindo as recomendações da coordenação central do ESS²⁹

²⁶ O European Social Survey (ESS) é um inquérito transnacional, que ocorre de 2 em 2 anos. O 3º ‘round’, aqui analisado, implementado em 2006/2007, “covers 25 countries and employs the most rigorous methodologies. (...) It involves strict random probability sampling, a minimum target response rate of 70% and rigorous translation protocols” (ESS3-2006 Documentation Report, Edition 2.0, p. 4). A unidade de análise é o indivíduo; o questionário, com mais de 300 questões cobrindo múltiplos tópicos, é aplicado em entrevistas face-a-face, sendo os detalhes da estratégia de amostragem utilizada nos vários países, incluindo Portugal (uma amostragem probabilística estratificada em três etapas), e outros aspectos metodológicos descritos na referida documentação técnica (*op. cit.* – disponível em: <http://ess.nsd.uib.no/>). Ver também Anexo 11 – ESS para elementos adicionais sobre o inquérito.

²⁷ Atendendo aos propósitos, não primariamente comparativos, do presente estudo, a maior parte das análises estatísticas efectuadas sobre a sub-amostra dos idosos portugueses não fazem recurso aos ponderadores previstos no ESS3 para assegurar a representativa das amostras nacionais. A excepção é (C.1.1) a comparação directa da distribuição das principais variáveis nas amostras PT65+(HM) e EU65+(HM), caso em que se apresentam as frequências relativas na amostra nacional com e sem ponderação.

²⁸ São eles Bélgica, Alemanha, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Reino Unido e Suécia.

²⁹ Para os dados agregados dos vários países europeus (EU65+) usa-se, simultaneamente o ponderador “*design weight*” (*pd*) com o ponderador “*population weight*”, já que só a sua conjugação (*pc*) assegura a adequada ponderação da dimensão de cada sub-amostra nacional no total agregado transnacional. Salvaguarda-se, no entanto, em acordo

• Variáveis³⁰:

Quadro 1-IV: Síntese de Variáveis

Dimensão	Variável	Categorias ³¹
Resultados de saúde:		
Saúde global	Auto-Avaliação da saúde / Saúde Subjectiva	Dicotomização dos 5 níveis originais, em duas codificações alternativas: "Saúde - Má" : Saúde Má e Muito Má vs. restantes categorias (Razoável, Boa ou Muito Boa) "Saúde - Boa" : Saúde Boa ou Muito Boa vs. restantes categorias (Razoável, Má ou Muito Má)
Funcionalidade/ Incapacidade	Limitação de actividades	Dicotomização dos 3 níveis originais ³² : "Com Limitações" : Sim, muito ou Sim de alguma forma vs. Não
Bem-estar subjectivo	Bem-estar global (média de 4 itens) ³³	Dicotomização do índice original (pontuação variando entre 0-mínimo e 10-máximo): "BE Elevado" : pont. ≥ 7
Estratificadores de Equidade (SE):		
<i>Posição Socioeconómica (PSE):</i>		
Educação/ Escolaridade	Nível (completo)	Reagrupamento dos níveis 0-6 da ISCED 1997 ³⁴ em 3 categorias *: -I1 = ISCED 0/Não completou Ensino Primário; I1 = ISCED 1/Ensino Básico: 1º ou 2º Ciclo EB; +I1 = restantes: ISCED 2 a 6
	Anos (completos)	var. contínua
Rendimento	Rendimento Subjectivo	Reagrupamento das 4 categorias originais em 3*: R++/+ = O rendim. actual permite viver confortavelmente ou dá para viver ; R- = É difícil viver com o rendim. actual; R-- = É muito difícil viver com o rendim. actual
	Rendimento Total do Agregado	Reagrupamento das 12 categorias originais (mínima <150€; máxima ≥ 10.000 €/Mês), em 4*: <300; 300-500; 500-1000; >1000
* Reagrupamento feito com base na análise da distribuição univariada (Fig. 01.a-IV)		
<i>Área geográfica:</i>		
Tipo aglomerado	Local de Residência (descrição do inquirido)	Reagrupamento das 5 categorias originais em 3: C \geq Grande cidade ou Subúrbios / arredores de grande cidade; C $<$ V = Vila ou Pequena cidade; A = Aldeia ou Casa no campo
Região	Região de Portugal continental	5 Regiões/NUTS II
Género	Sexo ³⁵	H = Homens; M = Mulheres
Idade	Anos	var. contínua
	Grupo etário	Reagrupamento em 3 categorias: 65-74 anos; 75-84 anos; 85 e + anos

com as orientações metodológicas do ESS, que estes dados agregados devem ser encarados com reserva – servindo neste caso, como se viu, basicamente como um termo de referência para a análise dos dados relativos aos idosos inquiridos em Portugal.

³⁰ Para descrição mais detalhada ver Anexo 11 relativo ao ESS3-2006.

³¹ Referem-se aqui as categorias usadas nas análises principais; nas análise univariadas (1.1) e gráficos de observação do gradiente (2.1) usam-se categorias mais detalhadas e nos índices sumativos (3.) menos grupos.

³² Também Huisman e colegas (2003), por exemplo, adoptam procedimento equivalente a partir de uma variável idêntica.

³³ Informação mais detalhada sobre a constituição deste índice no Cap. 5 e em anexo específico-A11.

³⁴ ISCED = *International Standard Classification of Education 1997*: inclui níveis 0 a 6, correspondendo o Nível 1 a "Primary education or First stage of basic education" – em Portugal: ensino básico (1º e 2º ciclo).

³⁵ Para a amostra nacional os cálculos são, na sua maioria, apresentados quer em conjunto, quer também separadamente por sexo - embora em muitos casos tal implique uma redução das sub-amostras para dimensões inferiores ao aconselhável do ponto de vista estatístico.

● **Análise Estatística:**

Quadro 2-IV: Síntese da Análise Estatística

Análise	Dados ³⁶
<i>Elementos de enquadramento:</i>	
<u>Frequências</u> (univariadas) - estratificadores de equidade/v. sociodemográficas e resultados de saúde com categorias discriminadas (com teste Qui-quadrado ou Teste T na comparação Portugal-Europa e Homens-Mulheres Portugal). Amostras: PT65+ (HM, H, M), EU65+ HM	<i>Tabelas:</i> 01.a,b-IV-A7
<i>Caracterização detalhada das desigualdades sociais em saúde – Observação do gradiente de saúde:</i>	
<u>Frequências</u> (bivariadas) - dos resultados de saúde com categorias discriminadas para cada grupo SE/v. sociodemográficas. Amostras: PT65+ HM, EU65+ HM.	<i>Gráficos:</i> 02.a,b,c-IV-A7
<i>Caracterização detalhada das desigualdades sociais em saúde – Quantificação - e comparação de indicadores:</i>	
<u>Frequências</u> (bivariadas), <u>taxa prevalência</u> (com teste Qui-quadrado na comparação entre grupos SE)	<i>Tabela:</i> 07-IV-A7
<u>Diferença de Frequências</u> (DF) e <u>Razão de Frequências</u> (RF) (com intervalos de confiança a 95%)	
<u>Odds Ratio</u> (OR) (com intervalo de confiança a 95% e teste de Wald)	<i>Gráficos:</i> 03.a,b,c-IV-A7
<u>Odds Ratio ajustado para a idade</u> (ORi) (com intervalo de confiança a 95% e teste de Wald)	
- resultados de saúde dicotomizados e SE reagrupados. Amostras: PT65+ (HM, H, M) e EU65+ HM	
<i>Medidas sintéticas de associação e de impacto:</i>	
<u>Índices sumativos</u> de <u>DF</u> e <u>RF</u> (com intervalos de confiança a 95%)	<i>Tabela:</i> 05-IV-A7
<u>Proporção Atribuível</u> (PA)	<i>Gráficos:</i> 04.a,b,c-IV-A7
- comparando resultados de saúde dicotomizados entre dois grupos (dicotomia e/ou “extremos”) de cada SE. Amostras: PT65+ (HM, H, M) e EU65+ HM	
<i>Efeitos ajustados dos principais factores sociodemográficos:</i>	
<u>Regressão logística múltipla</u> (OR de cada variável com intervalo de confiança a 95% e teste de Wald; pseudo R ² /Nagelkerke) – para cada resultado de saúde, dicotomizado, incluindo os SE/ v. sociodemográficas como independentes. Amostra: PT65+ HM	<i>Tabelas:</i> 06.a,b -IV-A7
<u>Regressão ordinal</u> (idem, com Avaliação de Saúde, reagrupada em 3 níveis, como v. dependente).	

As regressões, frequências e testes T e Qui-Quadrado foram efectuados com recurso ao SPSS 14.0 para Windows, sendo as demais medidas calculadas em Excel 2003.

³⁶ Para simplificar a identificação e localização, todos os elementos – sejam tabelas ou gráficos – se designaram como Figuras, recebendo assim numeração sequencial. São incluídos no Anexo 7, com excepção dos excertos da Fig. 08-IV, que integram o final da secção C./Resultados.

C. Resultados

A apresentação e discussão dos principais resultados contempla em paralelo as iniquidades observadas e aspectos metodológicos da sua avaliação, com enfoques distintos numa análise em várias etapas.

C.1. Elementos de enquadramento: Distribuição (univariada) dos estratificadores de equidade e resultados de saúde

As tabelas 01a,b-IV (no Anexo 7) apresentam a distribuição, nas amostras consideradas, das variáveis do ESS3 mais relevantes em termos de estratificação sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, rendimento, região e tipo de localidade) e de estado de saúde (auto-avaliação de saúde, limitação de actividades e BE-Global). Estes elementos – e, mais ainda, a situação das populações a que se reportam – constituem um pano de fundo essencial, a ter presente nas análises subsequentes. Sendo aprofundados no Cap. 5 (com recurso também a outras fontes de dados)³⁷ não se justifica aqui o seu desenvolvimento.

Em linhas gerais, serão, em todo o caso, de destacar os baixíssimos níveis de escolaridade dos idosos portugueses – ainda que com valores um pouco mais favoráveis no ESS3 do que os registados nos últimos Censos³⁸ –, e que reforçam as implicações populacionais dos efeitos deste factor na saúde³⁹. Também no plano económico sobressai a elevada prevalência de situações de precariedade neste grupo, expressa no ESS3 quer no indicador de “rendimento total do agregado” (mais de 1/4 da amostra vivia com um montante que não ultrapassava os 300€/mês – bastante inferior pois ao salário mínimo nacional⁴⁰), quer no indicador subjectivo (que apontava 1/3 de inquiridos com muitas dificuldades em subsistir com o rendimento disponível e quase outro terço a sentir pelo menos algumas dificuldades a esse nível)⁴¹.

Nos dados relativos à distribuição geográfica, pode-se apontar a importante concentração dos portugueses mais velhos em meios de tipo rural⁴² – embora, mesmo assim, a região de Lisboa e Vale do Tejo seja aquela que reúne uma maior proporção (39%) dos inquiridos (aspecto em que, note-se, a amostra do ESS3 difere visivelmente da população idosa portuguesa total⁴³).

Ao nível dos resultados de saúde sobressai a situação desfavorável na amostra portuguesa⁴⁴ tanto na auto-avaliação geral de saúde, como no índice de apreciação global de bem-estar – com margens para amplos ganhos potenciais de saúde sugeridos pela significativa desvantagem face aos idosos europeus. Já no que toca ao indicador de funcionalidade, a ausência de limitações é maioritária entre os portugueses mais velhos – com ligeira vantagem até face os restantes países europeus (embora, no seu conjunto, as diferenças neste indicador não se revelem estatisticamente significativas)⁴⁵.

³⁷ Ver as secções de caracterização sociodemográfica (B1) e de resultados de saúde (B2.3-2.5) do “Perfil”/Cap. 5.

³⁸ Os dados do INE (Fig. 06-V-Anexo 8 ao Cap. 5) contabilizavam 54% de idosos sem habilitações em 2001, contra os 40% da amostra do ESS3 em 2006, enquanto os valores para o nível ISCED 1 eram respectivamente 35% e 48%, e o conjunto dos níveis de escolaridade superiores correspondiam a 11% tanto nos Censos como no ESS.

³⁹ Uma implicação secundária é que a acentuada diferença face aos níveis educativos noutros países coloca dificuldades à inclusão dos idosos portugueses em estudos transnacionais de desigualdades em saúde assentes neste SE, já que as categorias adequadas para outros países não são discriminativas para a nossa população (v.g. Huisman *et al.*, 2003).

⁴⁰ Este foi fixado em 385,90 €/mês no ano de 2006 e 403,00 €/mês para 2007.

⁴¹ Remete-se mais uma vez para os dados do Cap. 5-B1.3, que amplamente confirmam a - difícil - situação económica da população idosa portuguesa (e.g., 26% abaixo do limiar da pobreza – EU-SILC: 2006), revelando ainda importantes desigualdades entre subgrupos dentro desta faixa etária e entre ela e a restante população nacional.

⁴² Da amostra do ESS3, 45% reside em aldeias ou casas/quintas isoladas – valor próximo dos 48% de idosos recenseados em 2001 residindo em lugares com menos de 2.000 hab. (INE - Fig. 03-V-Anexo 8 ao Cap. 5); os residentes nas “grandes cidades” eram por sua vez 16,5% no inquérito de 2006, enquanto nos Censos os de localidades com mais de 100.000 hab. totalizavam 15%.

⁴³ De acordo com o INE, em 2006 residiriam nessa região somente 26,4% das pessoas com 65+ anos de Portugal Continental (25,5% do total nacional), um valor inferior ao de outras regiões (gráfico 03-V-Anexo 8 ao Cap. 5).

⁴⁴ Situação que, como se discutirá no Cap.5, tende a ser corroborada pela maioria dos indicadores de estado de saúde/ morbilidade, mortalidade e bem-estar analisados para a população portuguesa de 65+ anos.

⁴⁵ Importa notar que, como se discute no Cap. 5-B.2.3, se encontram marcadas diferenças nos dados de diferentes inquéritos contemplando indicadores de limitação de actividade – tanto nas prevalências absolutas como na posição relativa do idosos portugueses face a outros europeus.

C.2. A(s) desigualdade(s) de saúde entre estratos sociais: Análise Bivariada

2.1. Caracterização detalhada: Gradientes de Saúde e Bem-estar

A perspectiva adoptada e as recomendações internacionais, valorizam, como se viu, uma abordagem das iniquidades dando conta do gradiente de saúde, i.e., das variações existentes ao longo dos vários estratos sociais; e os próprios resultados de saúde ganham naturalmente em ser observados nos diversos níveis admitidos pelas variáveis usadas. Porém, na prática, não se revela genericamente adequado manter nas análises bivariadas níveis muito diferenciados de codificação dos indicadores, atendendo ao número reduzido de casos que integrariam alguns subgrupos da amostra – e à própria complexidade/ excesso de informação que decorreria de tal desagregação. Uma apresentação gráfica permite contudo uma exploração preliminar e comparativa dos padrões de distribuição dos resultados de saúde em cada um dos estratos sociodemográficos mais relevantes, retendo os níveis mais discriminados de resposta nos indicadores de estado de saúde (Avaliação da Saúde: gráfico 02.a-IV-Anexo 7 e ainda 08.a-IV; Limitação de Actividades: gráfico 02.b-IV-A7) e uma codificação do índice de Bem-Estar em 4 níveis (gráfico 02.c-IV-A7).

A análise visual destes gráficos, é genericamente sugestiva de um claro gradiente de saúde associado aos estratificadores socioeconómicos: a níveis progressivamente mais elevados de escolaridade, rendimento subjectivo ou rendimento total tendem a associar-se resultados mais favoráveis em termos de avaliação da saúde, limitação de actividade e bem-estar, quer na amostra nacional quer na de outros países europeus, embora porventura de forma mais nítida nos idosos portugueses⁴⁶. Os gradientes observados para esses SE parecem assim no essencial corresponder a um padrão de “iniquidade linear”/*linear inequity* - a situação de gradiente clássica, podendo apresentar-se com vários graus de “inclinação”, mas distinta de situações em que a iniquidade se concentra sobretudo na base ou no topo da hierarquia social (Kelly *et al.*, 2007)⁴⁷. É por outro lado interessante notar que, nas variáveis de avaliação de saúde e de bem-estar medidas em escalas “contínuas”, o gradiente parece globalmente encontrar-se reflectido quer no pólo positivo (Saúde boa/muito boa; Bem-estar elevado), quer no negativo (Saúde má/muito má, Bem-estar-reduzido).

Assinale-se, em todo ao caso, que o estratificador “Rendimento total” se associa de um modo geral a resultados poucos claros para os idosos europeus, e que, no caso português, a categoria mais baixa desta variável parece também tender a afastar-se do gradiente geral encontrado. Tal reflectirá possivelmente as várias limitações já apontadas ao indicador – acrescidas neste último caso face ao reduzido número de casos que integram a categoria “<150€” na amostra nacional (n = 37).

No que concerne aos estratificadores geográficos, a análise visual dos gráficos é sugestiva de pelo menos algumas diferenças de saúde, funcionalidade e bem-estar entre regiões e locais de residência de diferente dimensão no caso português – mas não tanto no resto dos países europeus considerados⁴⁸. Para estes SE é difícil discernir um padrão global comum às três variáveis de resultados de saúde contempladas, remetendo-se uma análise mais detalhada para os dados discutidos no ponto 2.2. No entanto, parecem poder assinalar-se resultados de saúde e funcionalidade tendencialmente mais favoráveis para os idosos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, bem como para os que vivem em grandes cidades ou seus arredores, a par de piores resultados para os portugueses residentes em meio rural (aldeias ou casas isoladas). Já para o Bem-estar tal padrão de diferenciação não será tão aplicável.

Quanto à evolução dos resultados em função da idade, é interessante notar que os 3 grupos etários discriminados para a análise aproximam-se de um gradiente linear em termos de “avaliação da saúde” e “limitação de actividades” na amostra europeia – mas não na portuguesa. Aqui o grupo de 75-84 anos apresenta um expectável agravamento de resultados face aos idosos mais jovens, mas tal já não ocorre no grupo dos mais velhos (em que só as situações de saúde muito má ou forte limitação se mantêm/

⁴⁶ É em todo o caso de relembrar, para além das limitações gerais à comparabilidade de dados transnacionais, que os níveis/categorias das variáveis estratificadores aqui retidos foram seleccionados em função da sua relevância para a população idosa portuguesa, sendo provável que, nomeadamente quanto à escolaridade ou rendimento total, uma recodificação noutras categorias (com maior discriminação nos níveis superiores das escalas e reagrupando os inferiores, com menos efectivos) proporcionasse distinções mais significativas no plano europeu.

⁴⁷ Estes outros dois tipos básicos de padrão são descritos como “*bottom inequity*”, se as desigualdades tendem a afectar sobretudo um grupo mais desfavorecido, ou “*top inequity*” se beneficiam o estrato mais elevado (*ob. cit.*).

⁴⁸ Para esta amostra agregada só se considerou naturalmente, o estratificador geográfico de “local de residência”.

aumentam comparativamente ao grupo etário intermédio, enquanto nos restantes pontos das escalas apresentam resultados até mais favoráveis). Esta observação de uma relativa melhoria da situação nos muito idosos não é inédita, observando-se tanto noutros indicadores do ESS-3, como noutros inquéritos (ver Cap. 6) e poderá reflectir diversos factores, incluindo um enviesamento resultante da exclusão no inquérito da população institucionalizada (que tende a ter pior saúde e, também, a representar uma proporção maior da população desta faixa etária – ver dados Cap. 5-B.1), mas também por exemplo, uma sobrevivência diferencial dos com melhor saúde ou anda um ajustamento das expectativas e, logo, das avaliações subjectivas da situação pelos mais velhos.

A análise dos gráficos torna ainda patentes as diferenças em função do género nos três tipos de resultados de saúde/bem-estar considerados, que tanto no plano nacional como nos demais países europeus, são genericamente desfavoráveis às mulheres.

Finalmente, tornam-se também evidentes as diferenças de fundo, já comentadas, entre os resultados dos idosos portugueses e nos restantes países em análise, no que concerne sobretudo aos níveis mais positivos, quer da “saúde subjectiva” quer do “bem-estar”. Estas revelam-se transversais aos vários estratos sociais e geográficos considerados – embora pontualmente atenuadas nas categorias sociais extremas⁴⁹.

2.2. Caracterização detalhada: Quantificação das desigualdades sociais na saúde. Comparação de indicadores e medidas de associação

O passo seguinte na análise dos dados – visando quantificar e aprofundar o estudo da associação entre os estratificadores sociais e os resultados de saúde/bem-estar considerados - requer uma recodificação dos indicadores, de modo, por um lado, a reduzir a complexidade da análise e comparações envolvidas e, por outro, a assegurar categorias de mais interesse comparativo e maior dimensão amostral. As variáveis de saúde/bem-estar são agora dicotomizadas, correspondendo algumas a resultados positivos e outras a negativos: na avaliação da saúde consideram-se as alternativas de codificação centradas em cada um dos pólos (“saúde má” e “saúde boa” - que podem, sugere a literatura, implicar padrões de desigualdade distintos); a funcionalidade/incapacidade é avaliada pela presença de (alguma ou muitas) limitações e a variável binária de “Bem-estar” valoriza só o extremo mais positivo⁵⁰. Quanto aos estratificadores optou-se, com base nas análises dos pontos anteriores, por proceder a um reagrupamento adicional das duas categorias superiores da variável “Rendimento subjectivo” e das duas inferiores de “Rendimento total”.

Uma vez que o reagrupamento de categorias das variáveis em análise produz subgrupos de maior dimensão, apresentam-se já, nesta etapa da análise, dados separados para os homens e mulheres idosos em Portugal – muito embora nalguns casos os estratos daí resultantes tenham, ainda assim, um número de efectivos excessivamente reduzido para suportar as análises estatísticas.

As medidas de associação ou efeito a calcular, quantificam, como se discutiu, diferenças quer absolutas (Diferença de Frequências/DF), quer relativas (Razão de Frequências/RF e *Odds Ratio/OR*), comparando, dentro de cada SE, o estrato mais elevado com cada um dos restantes grupos. Esta análise, pretende confirmar o gradiente tendencial (pelo menos socioeconómico) observado em 2.1, avaliando a magnitude e significado estatístico das desigualdades de saúde associadas a cada estratificador.

O **conjunto dos dados** é apresentado na tabela 07-IV-Anexo 7. Retendo-se ainda nesta fase da análise todos os indicadores de saúde e SE, bem como uma diversidade de medidas de associação, importa analisar o seu comportamento e interesse relativo para a população idosa nacional – um dos objectivos do presente estudo. É pois nessa amostra e **comparação de indicadores e medidas** que se centra a discussão dos resultados, apoiada nos gráficos 03.a,b,c-IV-Anexo 7.

⁴⁹ Por exemplo, a saúde “muito boa” têm uma prevalência bastante mais reduzida nos europeus pouco ou nada escolarizados – que se aproxima portanto (mas mesmo assim ultrapassa!) a média portuguesa. Já a prevalência de um bem-estar elevado entre os portugueses que percebem um nível de rendimento confortável consegue superar a verificada entre os europeus... com mais dificuldades económicas.

⁵⁰ Ou seja, destaca-se a ocorrência de “Bem-estar elevado” (pontuação \geq a 7 no índice) face a pontuações inferiores.

Em termos de **diferenças absolutas** encontra-se um claro gradiente de desigualdade para cada um dos três estratificadores socioeconómicos, qualquer que seja a variável de saúde/ bem-estar considerada – mais acentuado porém no que concerne à “Saúde má” e à “Com Limitações”, sobretudo em termos de penalização do estrato mais baixo dos SE. Aqui o diferencial face ao grupo de referência/mais favorecido ultrapassa os 35 e os 38 pontos percentuais (respectivamente considerando o rendimento subjectivo e o rendimento total) seja em termos de ocorrência de Saúde “Má/Muito Má” seja de “Limitações”. É de notar que os intervalos de confiança (a 95%) para os valores obtidos têm, em muitos casos, uma amplitude grande (ultrapassando quase sempre os 20 pontos percentuais nos indicadores de escolaridade e rendimento total). Nunca incluem, no entanto, o valor zero – com duas excepções: o diferencial associado à categoria de rendimento “500-1000€/mês”, quer para a “Saúde Boa”, quer para o “Bem-estar elevado”, os únicos casos, portanto, em que a DF não se pode afirmar ser estatisticamente significativa.

Já ao nível das desigualdades geográficas a situação é diversa. Relativamente às diferenças absolutas entre regiões, embora se encontrem alguns valores elevados e estatisticamente significativos (destaque-se, e.g., uma prevalência acrescida de “Saúde má” de cerca de 19% no Norte e no Algarve, face aos idosos de Lisboa), não existe um padrão tão claro, transversal às diversas variáveis-resultado, e em muitos casos os intervalos de confiança abrangem o valor zero. No que concerne ao tipo de local de residência, viver numa aldeia ou casa isolada parece associar-se sistematicamente e significativamente a piores resultados de saúde para os idosos portugueses, com agravamentos que oscilam entre os cerca de 13%, no que se refere à ocorrência de “Saúde má” ou de “Limitações” e os -8%⁵¹ na prevalência de “Bem-estar elevado”. Porém as diferenças absolutas entre residir em vilas/cidades pequenas face a habitar numa grande cidade ou seus arredores, ainda que sempre desfavoráveis (na ordem dos 5 a 7 pontos percentuais), não são estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis de saúde.

Na comparação dos diferentes indicadores de saúde/bem-estar é de ressaltar que a operacionalização em termos de “saúde boa” vs. “saúde má” conduz a resultados algo distintos ao nível das desigualdades sociais analisadas. Embora sigam as mesmas tendências, e os gráficos se apresentem em linhas gerais simétricos, as diferenças absolutas tornam-se mais acentuadas quando se consideram as situações de “Saúde má” e, sobretudo, particularmente penalizadoras dos estratos mais desfavorecidos, ao passo que para a “Saúde boa” a situação da categoria socioeconómica mais baixa não envolve um agravamento tão acentuado face à(s) intermédias. Ao nível das diferenças regionais os resultados são mais díspares – mas como vimos as diferenças observadas poderão ser flutuações não significativas. Por sua vez a variável “Com Limitações” apresenta um padrão de desigualdades socioeconómicas em termos absolutos bastante semelhante ao da “Saúde má”; enquanto que no “BE elevado” as desigualdades reveladas se aproximam mais das presentes para a “Saúde boa” (embora com magnitudes algo inferiores).

Nas medidas **relativas**, é mais difícil estabelecer esta comparação directa de magnitudes das diferenças entre resultados/eventos de saúde de conotação positiva e negativa, pois nas primeiras os diferenciais representando desprivilégio traduzem-se em valores restritos a uma variação entre 0 e 1⁵², pelo que a escala não é directamente comparável com a dos valores de RF e OR associados aos resultados de saúde negativos, que se projectam numa escala superior a 1, representando o que se equipara a um risco crescente/desfavorecimento acrescido. Em todo o caso, parece ser de assinalar aqui um comportamento mais diferenciado entre as 4 variáveis de resultados de saúde quanto às desigualdades sociais associadas.

As tendências mais gerais, de qualquer modo, mantêm-se nas Razões de Frequências, relativamente ao já observado para as DF – excepto que aqui os valores mais extremos de iniquidade registam-se para resultados de saúde positivos⁵³.

⁵¹ Note-se que, naturalmente, tanto nesta variável como na de “Saúde boa”, por estarem em causa resultados favoráveis (ao contrário do que sucede com as outras duas: “Saúde má” e “Com Limitações”), as diferenças negativas face à categoria de referência, correspondem a uma redução da prevalência desses eventos positivos e portanto a uma situação de desfavorecimento comparativo.

⁵² Neste caso quanto mais próximo de zero for o RF, mais forte será a associação.

⁵³ Assinale-se a sensibilidade destas medidas ao nível geral de prevalência da situação de saúde na população – uma

Entre os estratificadores socioeconómicos, o nível de escolaridade e o rendimento subjectivo continuam a gerar perfis de desigualdade bastante semelhantes entre si. Destaca-se, nas variáveis de resultado positivo, o RF de 0,04 para a categoria inferior de rendimento subjectivo no concernente ao bem-estar, indicando que idosos sem dificuldades económicas têm 23,6⁵⁴ vezes mais ocorrência de BE elevado do que os com muitas dificuldades! No caso da estratificação por escolaridade é também para esta variável que surge a desigualdade relativa mais acentuada: o RF de 0,2, que pode ser interpretado como uma redução de cerca de 80%⁵⁵ no bem-estar elevado para os menos/não escolarizados – ou, dito de outro modo, as pessoas neste grupo terão prevalência 4,6 vezes menor de tais níveis de bem-estar face aos com uma escolaridade superior ao 2º ciclo. Quanto aos resultados de saúde/funcionalidade negativos, sobressai o facto de que os idosos com muitas dificuldades a nível de rendimento terão uma prevalência de “saúde má” 2,9 vezes maior do que aqueles que consideram ter pelo menos um rendimento que lhes permite viver; desvantagem muito semelhante à que afecta os de escolaridade inferior ao 1º Ciclo (2,8). É de apontar que, quer quanto à “saúde má”, quer quanto às “Limitações”, a desvantagem relativa de só possuir uma educação de nível ISCED1, por contraponto a níveis de escolaridade superiores, não tem significado estatístico assegurado, já que as RF obtidas (respectivamente 1,7 e 1,5) envolvem intervalos de confiança que, ainda que marginalmente, englobam o valor da “hipótese nula”: 1.

O rendimento absoluto tende a associar-se a desigualdades mais acentuadas que os outros dois para as variáveis de resultado negativo – com destaque para o risco relativo 5,4 vezes maior de ter “Saúde má” quando se tem um rendimento inferior a 300€/mês por comparação com rendimentos superiores a 1000€. De qualquer modo este estratificador envolve também desvantagens importantes nos resultados positivos – como a redução de 80% (1/RF= 4,6) no BE elevado associada à categoria de rendimento mais baixo. Tal como já se verificara para as diferenças absolutas, a categoria de rendimento 500-1000€ não parece representar um risco acrescido com significado estatístico no que concerne quer ao Bem-Estar, quer à “Saúde Boa”.

Finalmente para os indicadores geográficos repete-se, no essencial, o panorama já observado para as diferenças de frequências, com as regiões a apresentarem diferenciais que não seguem um padrão claro (e, na maioria dos casos apresentam intervalos de confiança que não asseguram o seu significado estatístico) e com a categoria “aldeia/campo” a ser a única do indicador “Residência” a associar-se a uma desvantagem relativa significativa face a viver numa grande cidade, qualquer que seja o tipo de resultado de saúde considerado. Neste caso é na redução do bem-estar elevado que se constata a desigualdade relativa mais acentuada (1/RF= 2,7) – precisamente a variável de resultado em que a diferença absoluta era menor (em reflexo da fraca ocorrência deste resultado no conjunto da população estudada). Ilustra-se assim claramente a informação distinta fornecida por estes dois tipos de medidas de associação.

Os Odds Ratio são, tal como a Razão de Frequências, uma medida de diferença relativa, mas que, por comparação com aquela, atinge, em diversas das variáveis estudadas, valores bastante sobrestimados – como era expectável em consequência da elevada prevalência dos eventos de saúde de causa (v.g., Aguiar, 2007; Regidor, 2004a). Destaque-se assim, por exemplo, o OR de 9,3 quando o RF era de 5,4, para a desigualdade em termos de “Saúde Má” relacionada com a pertença ao escalão inferior de rendimento total. Nesse sentido, este tipo de medida revela-se pois, como antecipado, pouco adequada para as variáveis em estudo – em especial no caso dos resultados de saúde/funcionalidade negativos (os de maior ocorrência) em que os RF serão uma medida de diferença relativa mais apropriada.

Mas o principal interesse do recurso aos OR decorre da possibilidade de proceder ao ajustamento para outras variáveis – no caso a idade. A análise visual possibilitada pelos Gráficos 03.c-IV-A7, que sobrepõe os dois tipos de OR – com e sem ajustamento para a idade – evidencia que a consideração desta última variável não altera sensivelmente, na maioria dos casos, os valores de OR de desigualdades obtidos. Só

mesma diferença absoluta poderá traduzir-se numa pequena diferença relativa quando se trata de estados de saúde muito frequentes, mas numa grande disparidade proporcional quando se trata de eventos raros. Ora sendo em PT65+ a ocorrência dos eventos favoráveis “Saúde Boa” e “Bem-estar Elevado” genericamente mais baixa do que a de “Saúde má” e “Limitações”, tal contribuirá para mais facilmente se acentuarem as RF no primeiro tipo de resultados.

⁵⁴ Procedeu-se à inversão do valor de RF (1/0,04=23,6).

⁵⁵ Aplicou-se aqui a fórmula usada para o cálculo da “relative risk reduction” (v.g. Aguiar, 2007): $((0,02)-1)*100\%$ = -80%.

para as duas categorias mais baixas de “Rendimento total”, no que concerne à “Saúde má” (e, de forma menos acentuada, nas “Limitações”) há uma redução mais visível dos OR quando a idade é incluída no modelo de regressão logística – sugerindo algum efeito de confundimento – mas sem que se alterem mesmo assim, de forma importante, os gradientes de saúde observados. De qualquer modo, os muito amplos intervalos de confiança associados a estes indicadores retiram relevância às diferenças constatadas.

Conclui-se pois, a um nível mais genérico, que existem importantes desigualdades sociais na saúde, funcionalidade e bem-estar dos idosos portugueses associadas a factores socioeconómicos e geográficos. Se se encontram diferenças, absolutas e relativas, estatisticamente significativas, entre (alguns dos) grupos sociais definidos por qualquer dos (5) estratificadores de equidade adoptados para todos os (4) resultados de saúde, é também facto que variam os padrões observados, bem como as características dos próprios indicadores e medidas, justificando a análise detalhada da sua adequação e interesse relativo.

Para as variáveis em análise, Diferença de Frequências e Razão de Frequências constituirão medidas de associação adequadas ao estudo das desigualdades sociais em saúde, confirmando-se as observações de outros autores quanto ao facto de medidas absolutas e relativas poderem destacar padrões de iniquidade distintos (v.g. Huisman *et al.*, 2003; Kelly *et al.*, 2007). Quanto a estas últimas, pelo menos no caso específico dos dados do ESS3-2006 para os idosos portugueses, parece não haver prejuízo significativo em dispensar-se (a bem de uma simplificação de procedimentos) o ajustamento para idade no tipo de análises efectuadas, e, portanto os OR_i, revelando-se as RF vantajosas para análises bivariadas face aos OR.

Todos os quatro indicadores de resultados de saúde/BE serão de reter, para uma imagem mais completa da situação de saúde, funcionalidade e bem-estar, já que os perfis de iniquidade obtidos, embora observando as mesmas tendências de fundo, não são, ainda assim, coincidentes. Destaca-se em particular que o comportamento da variável “auto-avaliação de saúde” não é idêntico consoante esta é recodificada centrada no pólo negativo ou positivo – com desigualdades sociais muitas vezes mais acentuadas quando está em causa uma avaliação de saúde desfavorável⁵⁶.

Quando aos estratificadores socioeconómicos, razões de ordem conceptual e metodológica antes apontadas, desaconselham o recurso ao indicador “Rendimento total do agregado” tal como existe no ESS3, para o tipo de estudo em causa. No entanto, a análise estatística efectuada é sugestiva da importância de um indicador deste tipo na análise das desigualdades sociais de saúde dos idosos em Portugal – que poderá revelar iniquidades ainda mais acentuadas do que sucede com o indicador de Rendimento Subjectivo utilizado⁵⁷. Este último e o Nível de Escolaridade surgem pois as escolhas mais adequadas de SE reportados ao estatuto socioeconómico dos idosos dentro das possibilidades oferecidas pelo ESS3. A estes estratificadores associa-se um sistemático gradiente de saúde para os idosos portugueses, qualquer que seja o tipo de medida de diferença (absoluta ou relativa) e o resultado de saúde/bem-estar aqui considerado, quase sempre estatisticamente significativo⁵⁸ - sem, porém, que as magnitudes ou padrões para ambos os SE sejam totalmente coincidentes. Assim, e em acréscimo às justificações de ordem conceptual, encontra-se também aqui apoio empírico para as recomendações quanto à adequação de usar em paralelo os dois tipos de estratificadores (v.g. Dalstra *et al.*, 2006; Kunst *et al.*, 2001)⁵⁹.

⁵⁶ Tal é de resto sugestivo do interesse de, num estudo mais detalhado das desigualdades face ao “Bem-estar” (que excede os propósitos do presente trabalho), se proceder igualmente à inclusão de dicotomizações alternativas desta variável, contemplando no mínimo o pólo mais negativo do índice.

⁵⁷ Relembre-se, em todo o caso, que o muito pequeno número de inquiridos na categoria mais favorecida de Rendimento Subjectivo (3,8%), obrigou a adoptar como grupo de referência um agrupamento de duas categorias (R+/R++), que abarca então aproximadamente os dois quintis superiores da amostra (não propriamente uma “elite” privilegiada...) – ao passo que na variável Rendimento Total, menos de um quinto dos idosos fica enquadrado na categoria definida como de referência. É pois expectável que as comparações com esta minoria mais restrita produzam contrastes mais evidentes.

⁵⁸ As duas únicas excepções dizem respeito às diferenças relativas (RF e OR) entre o grupo intermédio (I1) e o grupo de referência (+I1) na Escolaridade no que concerne à ocorrência de “Saúde má” e de “Limitações”.

⁵⁹ Em linhas gerais parece observar-se uma tendência, ainda que não muito pronunciada, para as iniquidades associadas ao rendimento serem mais acentuadas do que as relativas à educação – o que tem sido observado noutros países ainda que não constituindo a regra (v.g. Dalstra *et al.*, *ob. cit.*); tais comparações de magnitude têm porém reduzida validade, dependendo os resultados de estratificadores/grupos de contraste operacionalizados de modo distinto.

A análise confirma também a existência de relevantes diferenças de saúde dos idosos portugueses em função da região em que habitam – embora as tendências e padrões não sejam claras e nem sempre assumam significância estatística. Mais consistente a este nível é sobretudo a vantagem associada à residência na Região de Lisboa e Vale do Tejo. É de lembrar que o maior número de categorias neste indicador – com consequente redução do número de inquiridos nos grupos – penaliza, do ponto de vista estatístico, os resultados obtidos, limitando o interesse de comparações regionais na presente amostra.

Também o tipo de local de residência revela não ser indiferente para a saúde dos portugueses mais velhos. Sendo a habitação em grande cidade ou seus arredores consistentemente favorável, as vantagens revelam-se significativas sobretudo quando comparadas com o viver em meio rural (aldeia/casa isolada); já o diferencial associado à residência em vila ou cidade pequena, embora implicando sempre uma posição intermédia de (des)vantagem para os resultados estudados, não assume em todos os casos significado estatístico.

É de assinalar que as desigualdades associadas a factores de ordem geográfica não atingem, de um modo global, magnitudes tão importantes como as ligadas à posição socioeconómica, sobretudo nos estratos mais desfavorecidos. Em qualquer caso, as desigualdades geográficas parecem também uma dimensão relevante a considerar na análise da situação de saúde da população idosa portuguesa.

2.3. Comparação de amostras (Portugal e outros países europeus; homens e mulheres portugueses) e Medidas sintéticas

A relevância das desigualdades sociais constatadas e o comportamento diferencial dos diversos indicadores ganha significado na comparação de populações. Assim, nos gráficos 4.a,b,c-IV-Anexo 7, contrastam-se as diferenças absolutas (DF) e relativas (RF) em saúde, associadas a cada um dos três principais estratificadores retidos na análise anterior (ponto 2.2), nos idosos da amostra agregada de 8 países da “Europa dos 15” e nos portugueses, distinguindo também nestes últimos os resultados nas subamostras masculina e feminina. Inclui-se nesta representação gráfica a discriminação das 3 categorias já antes abordadas para cada um dos estratificadores socioeconómicos e geográfico considerados.

Se a informação de gradiente assim retida é importante, para fins comparativos serão porém mais vantajosos, de modo geral, **índices sumativos** que permitam confrontar através de um único valor a magnitude das desigualdades sociais nas diferentes amostras. Ao nível de medidas de associação, as diferenças (DF e RF) entre os dois grupos “extremos” definidos por um dado SE são consideradas úteis para este efeito (pelo menos quando, como é genericamente o caso para a PSE, se verificou a linearidade da associação), embora com as limitações decorrentes de ignorarem o que sucede nas categorias intermédias (Regidor, 2004) e de problemas práticos - como a maior sensibilidade a flutuações nos valores nesses grupos extremos – que diminuem o seu poder estatístico (Kunst et al., 2001). Por essa razão, Kunst e colegas (idem), como outros autores, chamam a atenção para que a comparação entre dois grupos mais amplos proporcionará índices sumativos de maior robustez. Consequentemente, adiciona-se também agora à análise das desigualdades socioeconómicas (DF e RF na escolaridade e rendimento subjectivo) um novo índice que compara o estrato socioeconómico de referência já utilizado (a categoria superior) com um reagrupamento agregando ambas as categorias inferiores (barra assinalada nos gráficos com [S] e dados numéricos incluídos na tabela 05-IV-A7). Note-se, porém, mais uma vez, que a categoria de referência adoptada, tanto para a escolaridade como para o rendimento, não representa efectivamente o grupo “extremo” (dada a necessidade de reagrupamento dos níveis superiores destas variáveis – passo C.2.2. -, face ao reduzido número de inquiridos de estratos “mais favorecidos” na amostra de idosos portugueses). Na prática, portanto, todas as comparações efectuadas tenderão a subestimar a magnitude máxima das desigualdades sociais existentes.

De um modo muito geral, as desigualdades sociais na saúde entre os idosos surgem como mais acentuadas em Portugal do que nos outros países da Europa – embora com pontuais excepções. Por outro lado, dentro da amostra dos portugueses com 65 e mais anos, as iniquidades de saúde e bem-estar tendem, com frequência, a ser especialmente elevadas entre as mulheres, ainda que também aqui se registem variações conforme as variáveis e tipo de medida em causa. Quanto ao índice sumativo que

compara dois grandes grupos (“S”), pode-se observar que, produzindo valores de desigualdade menos acentuados que o confronto das categorias “extremas” de PSE (como seria expectável dada a tendência genérica de linearidade já comentada), revela pontualmente maior significado estatístico (traduzido por intervalos de confiança que não incluem o valor nulo de diferença), mas noutros casos mantém a falta de precisão que se observava para as diferenças referentes a categorias de PSE mais discriminadas.

Mais concretamente, as desigualdades associadas à **escolaridade**, como já vimos bastante acentuadas nos idosos portugueses, existem também nos outros países – excepto no que concerne às “Limitações” na EU, onde as diferenças observadas são reduzidas, fugindo inclusive ao padrão de linearidade, mas, de todo o modo, não significativas. É interessante assinalar que no caso da “Saúde boa” as desigualdades absolutas entre grupos “extremos” são mais expressivas entre os europeus do que entre os portugueses. Embora seja neutralizada pela amplitude dos IC a 95%, esta tendência, que não se repete nas diferenças relativas, ilustra o carácter distinto destes dois tipos de medidas, sendo proporcionada pela maior prevalência geral do resultado de saúde em causa na amostra EU65+. Também, pela mesma ordem de razões, Portugal e restantes países se aproximam nas desigualdades de bem-estar elevado absolutas, mas não nas relativas.

Para este estratificador um padrão algo distinto emerge quando se analisam separadamente os homens e mulheres, entre os portugueses com mais 65 anos. Para as idosas, variações na escolaridade associam-se sempre a diferenças de saúde significativas (pelo menos entre os grupos comparativos mais importantes) e nalguns casos muito acentuadas. Destaque-se nomeadamente o que sucede ao nível da “Saúde má”, onde se observa um diferencial de 35% de prevalência entre as mulheres que não completaram a Primária e as com níveis educativos superiores ao 2º ciclo/ISCED1, representando resultados de saúde 4,3 vezes piores entre as não escolarizadas. Mesmo quando a comparação é entre 2 grupos mais alargados, a desvantagem relativa para as mulheres que não obtiveram qualificações acima do 2º ciclo/ISCED1 continua a ser da ordem dos 3,8 (RF) e o fosso absoluto ronda os 30%. Já no caso dos homens idosos, a escolarização parece ser uma variável menos relevante para as desigualdades em saúde – pelo menos para a operacionalização e amostra em causa pois, embora ocorrendo diferenças, elas não são muitas vezes significativas, atendendo aos IC considerados. As excepções situam-se unicamente ao nível do contraste entre os homens nas categorias mais extremas de escolaridade, e mesmo então só são significativas no que concerne ao fosso na frequência de “Saúde má” e às desigualdades (absolutas e relativas) no “Bem-estar elevado” - as quais assumem até valores mais altos do que nas mulheres.

Já quando o estratificador socioeconómico é o **rendimento subjectivo**, as desigualdades detectadas entre os homens idosos são quase sempre significativas⁶⁰. Em contrapartida nas mulheres as diferenças relativas associadas à categoria intermédia de rendimento não atingem significado estatístico a não ser no que toca à ocorrência de “Limitações”. A análise visual do gráficos sugere que neste SE os padrões de desigualdades não serão tão acentuadamente distintos entre géneros como acontecia para a escolaridade, e em vários casos, apresentam-se superiores nos homens.

Quanto à comparação entre Portugal e os demais países, são genericamente válidas as observações feitas relativamente ao estratificador “escolaridade” – nomeadamente quanto à inversão da tendência global (i.e., maiores desigualdades em Portugal) que ocorre quando estão em causa diferenças absolutas na prevalência de resultados de saúde/bem-estar favoráveis. Porém, as “Limitações” têm um comportamento diverso face ao verificado para o SE anterior: a pertença a grupos distintos a nível do rendimento subjectivo associa-se sempre a diferenças significativas, tendencialmente lineares (mais dificuldades de rendimento, mais limitações), qualquer que seja a amostra (país ou género) considerada. Aliás aqui encontra-se o mais gravoso índice de desigualdades sociais absolutas de todos os contemplados nestes gráficos⁶¹: o fosso entre as 66% de idosas portuguesas que sofre de “Limitações” no

⁶⁰ A única excepção é a RF para a categoria mais extrema de rendimento na “Saúde boa”

⁶¹ Assinale-se, aliás, que entre todos os cálculos de DF efectuados – ver tabela 07-IV-A7 – o único valor de desigualdades absolutas que ultrapassa este é o observado também entre as mulheres portuguesas no que concerne igualmente à prevalência de Limitação e ao Rendimento, neste caso “objectivo”, quando se contrastam as que dispõem, para o total do agregado de menos de 300€/mês, com as que beneficiam de mais de 1000€ (DF = 45,3%).

grupo que tem muitas dificuldades percebidas a nível de rendimento, e as 27% de mulheres na mesma situação de funcionalidade quando o rendimento subjectivo é adequado.

Analizadas do prisma do **tipo de aglomerado/local de residência**, as desigualdades de saúde dos mais velhos são, como já vimos, em geral menos expressivas que face aos estratificadores socioeconómicos considerados. No entanto, a análise visual dos dados faz sobressair mais algumas especificidades associadas a este SE. Em primeiro lugar, as desigualdades na população masculina portuguesa parecem ser quase sempre mais acentuadas e, sobretudo, mais significativas que as constatadas para as mulheres na mesma faixa etária⁶². Está aqui em causa sobretudo a desvantagem de viver no campo face a viver numa grande cidade ou arredores – já que a residência em povoações de dimensão intermédia quase nunca implica diferenças significativas de saúde/bem-estar, qualquer que seja o grupo populacional⁶³. Por outro lado, a penalização por viver em meio rural parece afectar bem mais os idosos portugueses que os residentes nos outros países analisados, onde as diferenças tendem a ser inexistentes ou até inversas, e só para os resultados “Saúde má” este estratificador atinge significado estatístico.

Em **síntese**, a extensão a outras amostras da análise de desigualdades sociais absolutas (DF) e relativas (RF) e a inclusão de um índice sumativo adicional para os SE socioeconómicos (assente na subdivisão da população em dois grandes grupos comparativos), confirma em linhas gerais o que se vinha verificando: a existência de desigualdades sociais em saúde sistemáticas, relevantes e evitáveis⁶⁴ afectando os idosos portugueses, em especial de base socioeconómica – assumindo, porém, aspectos diferenciais consoante o estratificador e o resultado de saúde considerado. Tais resultados estendem assim ao nosso país o que, em termos globais, se têm vindo a observar na investigação internacional com populações idosas (v.g. Bowling, 2004b). Também as medidas adoptadas implicam nalguns casos conclusões potencialmente distintas – ilustrando a dificuldade em resumir este tipo de questão a uma dimensão ou indicador único e aconselhando, pelo contrário, um estudo na medida do possível detalhado e envolvendo indicadores complementares.

Se os resultados sugerem que se pode assumir com razoável segurança a provável existência geral de iniquidades sociodemográficas entre os idosos nacionais, reforçam também o interesse de proceder a uma análise circunstanciada destas matérias caso a caso (e.g. face a subpopulações específicas, problemas de saúde concretos, etc.), nomeadamente com vista a orientar a intervenção. Isso mesmo é corroborado, por exemplo, pelas diferenças nos padrões de iniquidade que se podem observar entre homens e mulheres idosos em Portugal. Ilustram-no especificidades como a maior importância aparente da escolaridade como estratificador socioeconómico com reflexos na saúde/bem-estar no caso das idosas portuguesas face ao que ocorre com os homens, e o inverso no que concerne ao tipo de local de residência. Ou, ao nível das limitações de actividade, a importância sistemática das iniquidades associadas ao rendimento, qualquer que seja a amostra analisada, ao passo que do prisma da escolaridade estas podem ser irrelevantes (ou pelo menos não atingir significado estatístico) nalgumas populações – como sucede para os idosos europeus contemplados neste estudo⁶⁵, e ainda para os homens mais velhos em Portugal.

Já em termos de importância/magnitude das desigualdades sociais no nosso país, a relativização exigida pelas variações de operacionalização, impõe reservas a conclusões baseadas em valores absolutos –

⁶² Importa não confundir diferenças de género nos resultados de saúde/bem-estar, com diferenças nas desigualdades de saúde, como este exemplo bem demonstra! Os homens parecem perder mais do que as mulheres, ao nível do bem estar elevado por exemplo, por viver no campo face a viver na cidade – mas, mesmo assim, a prevalência de bem-estar elevado em qualquer desses dois tipo de localidades é maior no sexo masculino do que no feminino. Aliás será provavelmente à custa de um bem-estar elevado particularmente frequente entre os idosos urbanos que se destaca a desvantagem relativa dos que habitam noutros meios, ao passo que as idosas, mais raramente gozando de tal bem-estar, qualquer que seja o local de residência, apresentam diferenças menos contrastantes entre si.

⁶³ Os homens são aliás a única amostra representada com desvantagem significativa em viver em vilas/cidades pequenas – um pouco pior até que viver no campo –, reflectida numa menor frequência absoluta e relativa de BE elevado.

⁶⁴ Quanto mais não fosse, o facto das diferenças não serem as mesmas, pelo menos em magnitude, em países próximos, torna mais evidente a potencial modificabilidade destes padrões de iniquidade que afectam os idosos em Portugal.

⁶⁵ Relembre-se, porém, que categorias de escolaridade adoptadas não serão provavelmente as mais relevantes para países em que a população idosa é bem mais escolarizada que a portuguesa.

tanto mais que, por força da distribuição populacional dos SE entre os idosos portugueses, as categorias socioeconómicas consideradas neste estudo são diferentes das mais habitualmente usadas na investigação internacional (v.g. Huisman *et al.*, 2003; von dem Knesebeck *et al.*, 2006). Os dados são mesmo assim sugestivos de uma tendência para desigualdades sociais mais acentuadas em Portugal – por comparação com o agregado dos restantes países da EU15 abrangidos neste estudo (excepto no que toca a diferenças absolutas nalguns resultados favoráveis, em reflexo da sua maior prevalência nesses países); mas também face a resultados de outras investigações, sobretudo talvez no que concerne às mulheres. Por exemplo - ainda que para outro período (anos 90s), população mais jovem (60-79 anos) e, como se disse, indicadores não inteiramente comparáveis⁶⁶ – a situação de maior desigualdade na saúde subjectiva encontrada pela equipa de Dalstra (2006) nas regiões europeias que estudou era, para a educação, *Odds Ratio/OR* de 3,3 nas mulheres e 3,1 nos homens, e para o rendimento respectivamente OR 2,8 e 2,6; Huisman e colegas (2003), por sua vez, encontram valores médios de iniquidade relativa na Europa, para a faixa etária 60-69 anos (onde eram mais acentuadas), de 2,5 e 2,4 na educação (OR de mulheres e homens, respectivamente) e 2,1 e 2,2 no rendimento (*idem*). Ora, recorde-se, no presente estudo, os OR associados à educação para o mesmo resultado de saúde⁶⁷ eram 4,0 para as mulheres e 2,3 para os homens e, no rendimento 5,3 para as mulheres (tanto no indicador subjectivo, como “objectivo”) e nos homens, respectivamente, 2,5 e 5,1. Não sendo, repete-se, directamente comparáveis os valores, a ordem de grandeza amplamente superior do OR em Portugal em especial no que concerne às idosas não deixa de ser sugestiva da maior gravidade na situação no nosso país. Mas clara justificação para a preocupação acrescida que esta situação deve suscitar, do ponto de vista político, advém do importante peso na população nacional das situações de maior desfavorecimento – aspecto de que dá conta o indicador de impacte.

C.3. Implicações a nível populacional: Medidas de Impacte

As medidas de associação consideradas na secção anterior têm, como se referiu, a limitação comum de não levar em conta a dimensão dos grupos sociodemográficos na população, o que restringe a adequação de análises comparativas e, mais ainda, uma noção clara das implicações, nomeadamente com vista à intervenção /implementação de políticas. Assim, por exemplo, os RF indicam que a pertença à classe mais desfavorecida do ponto de vista de rendimento subjectivo envolve um maior risco relativo de “Saúde má”, que para os portugueses mais velhos é da ordem dos 2,9 e nos outros países europeus de 2,3. Embora a força da associação/magnitude da desigualdade nos dois casos não seja tão distinta, as suas implicações serão bem diferentes em Portugal, onde idosos nessa situação de desvantagem representam mais de um quarto dos inquiridos (28,4%), e nos outros países analisados (onde não chegam aos 3%)!

O Risco ou Proporção Atribuível (PA), integra essa informação, e traduz num valor / índice sumativo, a redução percentual que ocorreria na prevalência populacional do problema de saúde se, hipoteticamente, a frequência agora observada no estrato social superior se generalizasse a todos os indivíduos (v.g., Regidor, 2004b).

A tabela 05-IV-Anexo 7 inclui este índice (juntamente com os outros índices sumativos já abordados), para as amostras dos idosos portugueses e dos demais países europeus, distinguindo também, entre os portugueses, os resultados para homens e mulheres.

De uma leitura global dos dados ressalta que, para as variáveis e comparações consideradas, as proporções atribuíveis são genericamente maiores para a população idosa portuguesa do que para a dos restantes países e, a nível nacional, mais acentuadas para as mulheres que para os homens.

⁶⁶ Factor de possível distorção adicional nestas comparações é o recurso a OR que, como se viu “inflacionam” as desigualdades quando a situação de saúde é muito prevalente – o que provavelmente sucederá mais claramente ainda nos valores nacionais, com pior saúde subjectiva que a generalidade dos países europeus.

⁶⁷ Ambos os estudos mencionados tomam como indicador de saúde as respostas “*less than ‘good’ health*”, que será complementar da “saúde boa” usada na presente pesquisa.

No que concerne aos resultados para a Europa é fundamental lembrar que as categorias de referência adoptadas foram seleccionadas em função da sua relevância para a população portuguesa, adequando-se menos bem a esta amostra. Em particular, se os índices de impacte associados à escolaridade, rendimento subjectivo e rendimento total estarão subestimados em qualquer das amostras, porque a categoria de referência adoptada não é a mais elevada do SE, tal opção tem (ainda) menos sentido para os idosos europeus, em que o número de indivíduos em grupos mais favorecidos está longe de ser residual como no caso português. Assim por exemplo, se a PA fosse efectivamente calculada com base na categoria mais favorável de rendimento subjectivo, o resultado para EU 65+ seria de 37% de redução da prevalência da “Saúde má” (ao invés dos 12% obtidos com a actual operacionalização)⁶⁸. Mas outras diferenças ao nível da associação dos SE com a saúde/bem-estar nesse conjunto de países contribui também para tornar pouco adequados aí os termos de comparação adoptados e, conseqüentemente, o seu confronto directo com os resultados portugueses. Destaque-se que, entre os idosos europeus, o local de residência tendia a não se associar a desigualdades significativas – mas em qualquer caso, deveriam ser as “Vilas/pequenas cidades” a servir de referência, pois é aí que genericamente se observam os melhores resultados, e não nas “Cidades grandes/arredores” como para os portugueses.

Em qualquer caso, e apesar das inúmeras limitações destas comparações, os valores mais baixos de impacte globalmente obtidos no quadro europeu, por contraste com os nacionais, são reflexo de uma divergência crucial entre estas duas realidades: a diferença no peso relativo dos estratos socioeconómicos mais elevados e mais desfavorecidos nas sociedades em causa. Esta é evidente, mesmo com uma distinção tão “grosseira” como, por exemplo, a que divide os indivíduos entre os que sentem ou não dificuldade em viver com o rendimento actual: respectivamente 15% e 85% dos idosos europeus em análise e 60% - 40% entre os portugueses! Se se acrescentar que este grupo com dificuldades, maioritário, em Portugal tem, ainda por cima, um risco relativo de saúde/bem-estar⁶⁹ que é genericamente mais elevado do que o que afecta os europeus desprivilegiados, torna-se evidente que os ganhos potenciais de um “nivelamento por cima” serão muito mais acentuados na nossa sociedade. Ou seja, se todos os idosos portugueses passassem hipoteticamente a ter os níveis de saúde/bem-estar que têm actualmente os sem dificuldades económicas, tal traduzir-se-ia num grande número de pessoas a dar um “salto” acentuado em termos de prevalência de resultados favoráveis – e logo em ganhos totais da ordem dos 44% e 53% ao nível da saúde (“Má” e “Boa”) ou mesmo 85% ao nível do “Bem-estar elevado”. Bem mais importantes que os 12%, 6% e 10% estimados para os mesmos indicadores nos restantes países europeus...

Assim, para o conjunto dos idosos portugueses, mesmo progressos tão “pouco ambiciosos” como um nivelamento equiparado à situação actual daqueles que têm uma escolarização superior ao 2º Ciclo (ISCED1), poderia traduzir-se em benefícios de “Bem-estar elevado” na população da ordem dos 139% (o valor de impacte mais acentuado de todos os calculados para esta amostra).

Para os demais resultados de saúde considerados, os maiores ganhos totais adviriam de uma aproximação da generalidade da população idosa à situação dos agregados que gozam de um rendimento igual ou superior a 1000€/mês (por exemplo, mais 96% de pessoas a gozar de “saúde boa” do que na situação actual e menos 54% a sofrer de “Limitações”).

Porque a associação entre a saúde/bem-estar e local de residência é genericamente de menor magnitude (a par de um mais importante peso relativo na população do estrato “privilegiado”), observam-se, naturalmente, impactes menores com referência a este estratificador do que aos restantes. Mesmo assim, os benefícios de uma generalização dos resultados de saúde/bem-estar presentemente associados a viver numa grande cidade ou seus arredores, oscilariam entre os 18% e os 59% (respectivamente para as “Limitações” e “Bem-estar elevado”), para o conjunto dos portugueses mais velhos.

⁶⁸ Equivalente cálculo para PT 65+ conduziria a uma subida dos 44% indicados na tabela 05-IV-A7 para um valor de 87% - mas bem menos fiável, já que assentaria na taxa de prevalência obtida para um estrato que só representa 3,8% da amostra inquirida.

⁶⁹ A taxa de prevalência, por exemplo, de “Saúde má” é 42% no idosos com dificuldades no rendimento contra somente 18% nos que não as têm, representando portanto um acréscimo de risco mais que dobrado (RF =2,3).

De assinalar que, qualquer que seja o estratificador considerado, o “BE elevado” obtém sistematicamente valores de impacto mais altos no nosso país do que as restantes variáveis de saúde/bem-estar. Tal reflectirá a actual prevalência muito baixa (8%) de resultados favoráveis da população idosa em geral neste índice.

No entanto, também nestas medidas de impacto são de destacar diferenças, a nível nacional, entre mulheres e homens – sendo quase sempre a PA mais elevada para as primeiras. As excepções referem-se ao impacto de um nivelamento do local de residência. Este traria ganhos mais importantes para o sexo masculino⁷⁰, devido à maior associação desse estratificador geográfico com os resultados de saúde/BE para os homens (pois não há diferenças significativas entre géneros na distribuição por local de residência). Pelo contrário, no que se refere à escolaridade, o impacto é bastante mais importante para as mulheres. Os benefícios para estas de uma generalização da escolaridade superior ao ISCED1 atingiriam os 205% em termos de “Bem-estar elevado”, mas seriam mesmo assim de 48% ao nível das “Limitações” (a variável dependente onde teriam um menor impacto); mudanças equivalentes resultariam em ganhos de 76% e 24%, respectivamente, para os homens (sendo ainda menores para a “Saúde má”: 17%). Tal diferença, tudo indica, é duplamente causada pela maior relação da escolaridade com a saúde/BE nas mulheres a par dos mais baixos níveis de escolaridade que actualmente caracterizam as idosas portuguesas.

Mas a população feminina tenderia também a beneficiar mais do que a masculina com uma intervenção que generalizasse os níveis de saúde/bem-estar actualmente gozados por aquelas cujo agregado tem um maior rendimento mensal total. Este seria aliás, de todos os analisados, o cenário que maior impacto teria, expresso num acréscimo de “Bem-estar elevado” da ordem dos 218%. Também os ganhos mais expressivos das mulheres, genericamente associados a este estratificador, tenderão a reflectir a dupla penalização actual das idosas - ao nível da distribuição pelos vários escalões de rendimento e também dos reflexos deste na saúde (embora aqui menos sistematicamente, já que há medidas de desigualdade associadas ao rendimento total que surgem como mais agravadas nos homens).

Finalmente, no impacto associado ao rendimento subjectivo parece globalmente observar-se uma maior similitude entre homens e mulheres – ainda que sempre com ganhos hipotéticos mais elevados para as mulheres. Aqui, mais uma vez, algumas medidas de associação até tendiam a sublinhar as desigualdades sofridas pelo sexo masculino – mas o peso desse potencial efeito acrescido terá sido absorvido pela maior generalização das dificuldades de rendimento entre as idosas.

Uma nota final quanto ao significado desta medida de impacto. Embora nos comentários interpretativos esteja subjacente um pressuposto de causalidade, nem esta nem, menos ainda, os eventuais resultados de uma intervenção afectando os estratificadores em causa, devem ser assumidos de forma simplista, linear e directa. Para além das outras limitações já apontadas a esta medida, como salientam Blakely *et al.*, no guia publicado pela OMS:

“It is critical to realize that any such estimated population attributable risks are not necessarily accurate predictors of the avoidable burden of the risk factors. Changing only poverty within a population, for example, would not necessarily immediately reduce the risk-factor burden by a commensurate amount. This is because it is likely that the population distribution of relative risks by socioeconomic factor are confounded by other factors, and because time lags are uncertain” (p. 11, 2004).

Este último aspecto da dimensão temporal é, aliás, obviamente, de acrescida relevância para a população idosa. De facto, por exemplo, embora haja razões para supor que uma política implicando melhorias no rendimento das pessoas deste grupo etário traria ganhos em saúde/bem-estar à actual geração idosa (vejam-se, por exemplo, os resultados da pesquisa longitudinal de Næss *et al.*, 2006, onde sobressai o efeito da situação actual de desvantagem), é provável que parte das desigualdades sociais em saúde encontradas reflecta também um historial de desvantagens, ao longo do percurso de vida, que uma intervenção na actualidade não conseguiria anular totalmente. Ao que acresce uma outra provável componente parcial dessa associação, entre rendimento e saúde, que traduzirá uma causalidade em

⁷⁰ Curiosamente aliás, é mesmo a este SE que se associa a mais importante hipótese de impacto para os homens mais velhos: 83% ao nível do “Bem-Estar elevado” – reflectindo a diferença entre os 11% de prevalência presentemente observados no conjunto da população masculina e os 20% atingidos entre os habitantes nas grandes cidades.

sentido inverso: isto é, um acréscimo nas dificuldades económicas resultante de problemas de saúde⁷¹. O seu peso relativo não é mensurável no presente estudo. Contudo, nomeadamente, a relevância aqui assumida pelas desigualdades ligadas à educação, também indicador global de PSE mas menos susceptível a tal efeito (v.g. Grundy, Holt, 2001), é argumento adicional⁷² no sentido de não ser essa a parcela preponderante nas desigualdades socioeconómicas detectadas. Por outro lado ainda, tenderão também a estar implicados nas associações observadas factores contextuais que vão além das características socioeconómicas dos indivíduos. E aspectos - como as prováveis implicações diferenciais de ser muito escolarizado numa geração ou, mesmo sociedade, em que tal representa a excepção, ou, pelo contrário, é já a norma -, que não podem obviamente ser captados por um indicador deste tipo. Não deixa mesmo assim de se tratar de um índice sumativo útil – talvez o mais informativo, no que concerne a medidas de impacto (Kunst *et al.*, 2001, p. 62) –, conjugando num único número, de fácil interpretação mesmo por audiências sem grandes conhecimentos estatísticos (*idem*, p. 59), diversos aspectos relevantes quanto às desigualdades sociais em saúde.

A terminar, e como argumento adicional para o interesse da utilização deste índice, lembre-se que a lógica subjacente a este tipo de medida poderá ser usada para avaliar potenciais alterações de resultados de saúde face a diferentes cenários na evolução na estrutura sociodemográfica da população idosa. Assim, por exemplo, na hipotética situação de evolução dos níveis educacionais da população portuguesa com mais de 65 anos para os que caracterizam a geração que, nos Censos 2001, estava na faixa etária dos 40-65 (todos os demais aspectos se mantendo constantes, designadamente o risco /RF associado a cada categoria educacional), seria expectável uma prevalência de “Saúde má” para PT65+(HM) de 24,7%, o que face aos actuais 32,6% representaria uma melhoria/PA de 24,3%⁷³. Ou, por exemplo, se se reduzisse em metade a proporção de idosos portugueses nos dois escalões com dificuldade de rendimento (Rendimento subjectivo) obter-se-iam ganhos hipotéticos/PA da ordem dos 19,1% nas Limitações de Actividade (passando a taxa de prevalência global PT65+ de 42% para 34%).

C.4. Efeitos ajustados dos factores sociodemográficos: Análise Multivariada

Enquanto as análises bivariadas consideram separadamente a relação de cada estratificador com a saúde /BE, a análise de regressão logística múltipla permite explorar num modelo único os efeitos de todas as variáveis sociodemográficas de interesse face a cada um dos resultados de saúde (assumido como variável independente).

Tais análises, efectuadas para os idosos portugueses (tabela 06.a-IV-Anexo 7), confirmam a importância do indicador de Rendimento subjectivo já que, no modelo testado, “muitas dificuldades” neste plano implicam sempre um efeito independente, significativo ($p > 0,01$) e forte, face a todas as variáveis de saúde e bem-estar estudadas (sendo “algumas dificuldades” de Rendimento também significativas no que toca às “Limitações” e “Bem-Estar”). Em contrapartida o indicador relativo ao local de residência perde significado quando assim ajustado para os SE socioeconómicos, sexo e idade. De facto, ao contrário do que acontecia em algumas das análises bivariadas, não se observam diferenças significativas (n.s. 0,05) nos riscos associados a viver em aldeia/campo ou vila/cidade pequena, face à residência em grande cidade/arredores, para nenhum dos resultados de saúde/bem-estar. O efeito da educação (operacionalizada aqui em anos de

⁷¹ Para os idosos portugueses essa componente não deverá aliás ser negligenciável para a sua situação fiandeira actual - atendendo ao peso proporcional das despesas de saúde nos orçamentos familiares (e.g. 11% e 13% nos agregados de 1 e 2 idosos, segundo o IDF2005/06 – cf. Cap.5-B1).

⁷² A par, naturalmente, da já referida evidência internacional que permite supor não ser essa a direcção causal predominante (v.g., Solar, Irwin, 2007).

⁷³ A fórmula utilizada (adaptada de Blakely *et al.*, 2004, p. 11) é $PA = \frac{\sum_i (P_i \times RFi) - \sum_i (P_i' \times RFi)}{\sum_i (P_i \times RFi)}$ em que:

RFi = risco relativo/ Razão de Frequências por grupo SE “i”; P_i = proporção da população no grupo “i” antes da alteração (i.e., situação actual); P_i' =idem, após a alteração (i.e., no cenário de referência).

Os valores de P_i' , relativos ao nível educativo da população no grupo etário 40-64 anos, segundo o Eurostat - Censos 2001, são: + I1 = 29,8%; I1 = 64,4%; - I1 = 5,8%.

escolaridade), quando ajustado para as demais variáveis só retém poder explicativo face ao “Bem-estar elevado”, enquanto que um risco acrescido de ser mulher só se observa no caso da “Saúde má” e a idade só surge com efeito independente expressivo ($p < 0,05$) na relação com as “Limitações”.

O Pseudo R^2 , por seu lado, embora não podendo ser directamente interpretado como variância explicada, indica que o efeito do conjunto das variáveis consideradas será maior para os resultados “Saúde má”, “Limitações” e “Bem-estar elevado” (valores entre 14% e 16%) do que para a “Saúde boa” (9%).

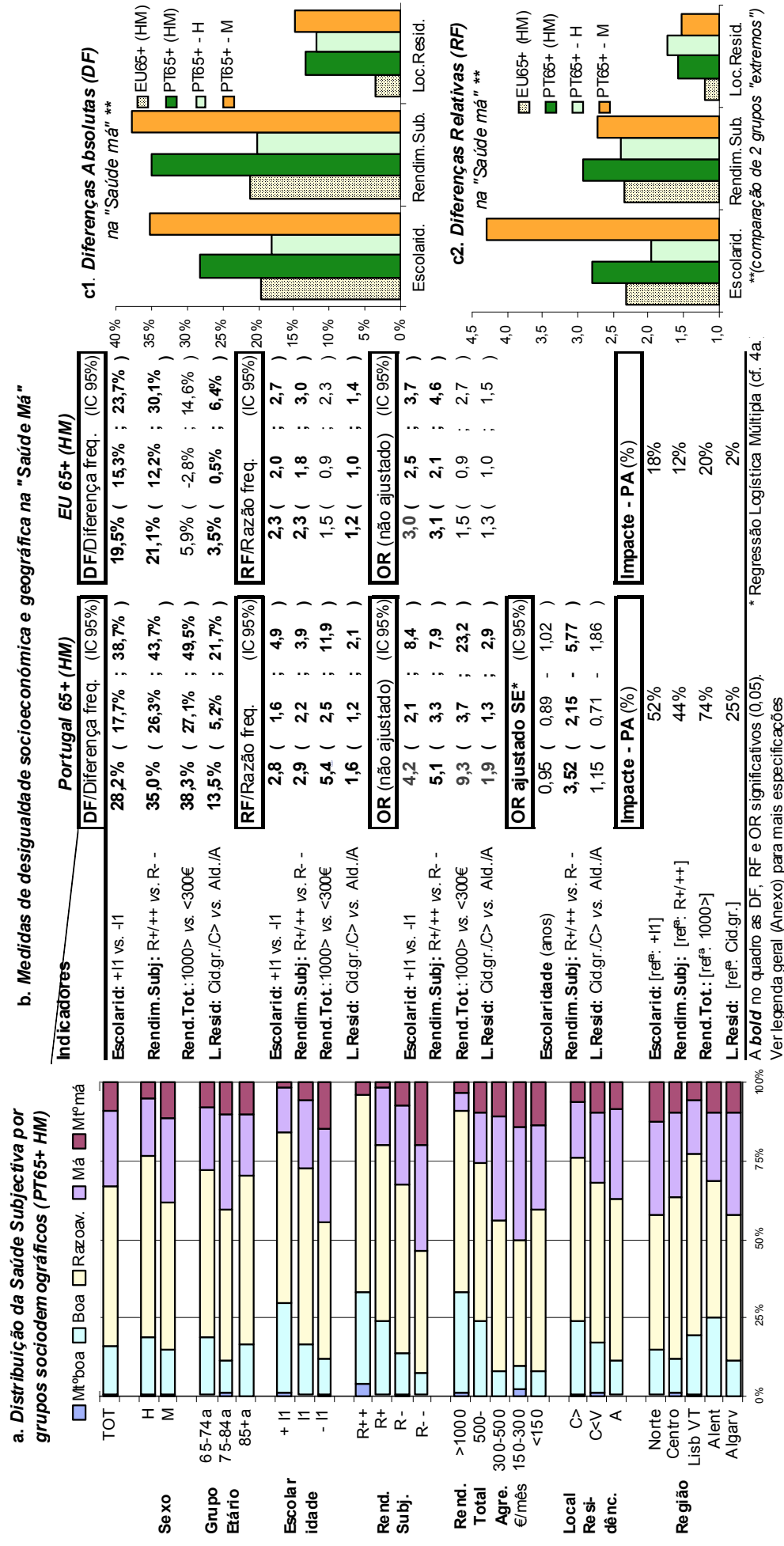
Efectuou-se ainda uma regressão ordinal, analisando o efeito do conjunto dos mesmos factores sociodemográficos face à Auto-avaliação de Saúde. Esta análise tem a vantagem de permitir contemplar o espectro total de resultados da variável dependente, não exigindo, ao contrário da regressão logística, uma dicotomização que, atendendo à natureza desta variável, pode implicar uma perda de informação importante⁷⁴. Os resultados (tabela 06.b-IV-Anexo 7) – a encarar com alguma reserva dada a elevada proporção de células vazias –, são, no entanto, globalmente idênticos aos observados para a regressão logística. Confirma-se a importância do efeito do Rendimento subjectivo (particularmente acentuado face à existência de “muitas dificuldades”, mas neste caso também significativo tratando-se de “algumas dificuldades” de rendimento), sendo igualmente corroboradas as desigualdades de género, desfavoráveis às mulheres. Nesta análise a idade mostra-se significativa (com risco acrescido de saúde no grupo de 75-84 anos), mas a escolaridade e o tipo de localidade de residência continuam a não revelar efeitos independentes significativos na saúde subjectiva.

Em suma, a análise multivariada, embora indiciando efeitos de confundimento que sobrestimarão parte das relações bivariadas antes analisadas, aponta, ainda assim, a existência de associações independentes dos SE socioeconómicos considerados (mas não do SE geográfico) com resultados de saúde e bem-estar. Estas são de particular consistência no caso do Rendimento subjectivo (sobretudo na comparação entre categorias “extremas”) – resultados que vão ao encontro dos de outros estudos, em que este se revelou o mais forte preditor da auto-avaliação da saúde e início da incapacidade em alguns grupos de idosos (Matthews *et al.*, 2005; Nummela *et al.*, 2007). Na interpretação do menor significado da educação neste modelo conjunto será de lembrar a fraca capacidade discriminativa desta variável na população idosa portuguesa (que se concentra massivamente nos níveis de escolarização mais baixos, ou inexistentes), bem como o seu potencial “desfasamento” face à PSE actual das pessoas mais velhas (v.g. Galobardes *et al.*, 2006a). Mas se, para os dados (e modelo de análise) considerados, o rendimento surge como o mais importante indicador de PSE dos idosos portugueses na sua relação com a saúde, tal não invalida naturalmente o interesse da educação para esta temática, firmemente estabelecido na literatura, tanto mais que, como o presente estudo confirma, a pertinência relativa dos vários estratificadores pode variar consoante a (sub)população, variável de saúde e/ou operacionalização em causa.

Em jeito de **síntese** apresentam-se na Fig. 08-IV, alguns excertos dos resultados abordados nos vários passos da análise, para uma panorâmica geral que, atendendo ao seu propósito ilustrativo, se centra somente nas desigualdades sociais associadas à Saúde Subjectiva / “Saúde má” dos idosos em Portugal (contrastada com resultados na EU65+).

⁷⁴ Optou-se no entanto por recodificar as respostas de “Avaliação de saúde” em 3 níveis (avaliações positivas, negativas e intermédias), já que a manutenção dos 5 da escala original acarretaria um (ainda) maior número de células de baixa/nula frequência. Pelo mesmo motivo, algumas variáveis independentes que na análise de regressão logística eram retidas como numéricas foram neste modelo introduzidas como categoriais (*dummys*).

Figura 8-IV: Excertos de Resultados



D. Conclusões gerais

Constataram-se sistemáticas e significativas desigualdades de saúde associadas a dimensões socioeconómicas e geográficas, confirmando a importância desta problemática para as faixas etárias mais velhas dos portugueses inquiridos no ESS3-2006.

Estas tendem a aproximar-se de um padrão de tipo gradiente de saúde – sugestivo de que a atenção à questão das iniquidades não deverá centrar-se só nas categorias socialmente mais desfavorecidas, mas ser sim transversal ao conjunto dos grupos sociodemográficos.

Tal como se tem verificado na investigação noutros países, estas iniquidades, observáveis para diferentes resultados de saúde, associam-se quer à educação, quer ao rendimento, quer (com menor consistência para os presentes dados) a dimensões geográficas, ainda que com grandeza e padrões distintos consoante os casos, e podendo perder significado quando ajustadas para outros SE. Também à semelhança de outros resultados internacionais, as iniquidades ocorrem tanto entre homens como mulheres idosas, embora, de novo, com padrões variáveis e magnitudes que tenderão talvez a ser superiores para estas últimas.

Um aspecto em que os dados sugerem que a situação nacional se pode diferenciar da de outros países europeus é na gravidade do problema. Esta é indiciada⁷⁵ pela própria magnitude de alguns dos valores encontrados e, em termos comparativos, pela tendencial consistência e acentuação maior no nosso país das diferenças, sobretudo relativas, associadas à estratificação socioeconómica. Mas também, mais ainda, pelo impacte superior que tais iniquidades terão no panorama nacional de saúde, visto ser grande a proporção de idosos portugueses em situação de acentuada vulnerabilidade económica e educativa.

A verificação de um padrão generalizado de importantes desigualdades sociais na saúde, a par das variações encontradas em função da subpopulação, eixo de estratificação ou resultado de saúde considerados, corroboram as recomendações internacionais do interesse de adoptar uma sistemática óptica de equidade na mensuração da saúde, estendendo o estudo desta problemática a outras variáveis de saúde dos idosos. Por outro lado, diferentes indicadores e medidas estatísticas parecem captar vertentes distintas desta realidade complexa, confirmando as orientações encontradas na literatura no sentido da impossibilidade de apontar a superioridade de determinado índice ou de resumir a sua caracterização a um único tipo de medida – pelo que se aconselha o recurso a uma complementaridade de indicadores.

Mais concretamente, no quadro do ESS3, a educação e o rendimento subjectivo destacam-se como estratificadores socioeconómicos de maior potencial para uma abordagem sistemática das desigualdades sociais na saúde dos idosos portugueses - este último com possíveis efeitos independentes mais consistentes e fortes (para além de validade acrescida nas comparações transnacionais). O tipo de aglomerado/ local de residência revela-se também como eixo de diferenciação geográfica de algum significado potencial – embora a análise efectuada não tenha permitido detectar efeito independente quando ajustado para variáveis socioeconómicas e demográficas. Embora a dimensão da amostra nem sempre o suporte do ponto de vista estatístico, os resultados sugerem que informação adicional advém de uma análise separada por sexos.

Para além da análise mais detalhada da distribuição da saúde por estratos sociodemográficos - que (a par da distribuição destes na população) constitui sempre um pano de fundo útil e relevante para interpretação de medidas mais sintéticas – destacam-se, do presente estudo, como índices sumativos mais proveitosos:

⁷⁵ Como se salientou, é de encarar com reserva quer as comparações internacionais, quer os próprios valores absolutos obtidos – dependentes que estão, nomeadamente, das opções metodológicas feitas. Mesmo assim, no plano nacional a tendência geral será para que a magnitude das diferenças calculadas esteja subestimada, já que os grupos socioeconómicos usados como categoria comparação não serão, de facto, os estratos “superiores” da hierarquia social.

- as Diferenças e Razões da Frequência⁷⁶ do resultado de saúde entre as duas categorias “extremas” da escala sociodemográfica (e/ou resultantes da divisão da população em dois grupos);
- a Proporção Atribuível como indicador de impacto, i.e., potenciais ganhos proporcionais de saúde associados a uma abordagem de “equidade por nivelamento por cima”.

O estudo realizado apresenta limitações e delimitações de vária ordem que restringem as inferências possíveis, incluindo, como se discutiu: o carácter transversal dos dados; dimensão e representatividade não assegurada de subgrupos desagregados; exclusão da população idosa institucionalizada; indicadores de saúde e estratificação social exclusivamente auto-reportados e não tão diversificados quanto seria desejável. No entanto, vindo ao encontro de outra evidência empírica e conceptual já reunida, nomeadamente a nível europeu, constituirá um argumento significativo quanto à importância de, na actuação e investigação nacional, se investir claramente na atenção às desigualdades sociais na saúde dos idosos – uma questão que poderá ser prioritária, quer por razões de ordem ética, quer pela magnitude do seu impacto potencial no estado global de saúde desta população em Portugal. A pesquisa feita sugere ainda indicadores e medidas que poderão ser úteis na extensão do estudo das desigualdades sociais a outros indicadores de saúde.

Será necessária investigação adicional, com outras fontes e tipos de dados (e.g., amostras de maior dimensão; resultados de saúde “objectivos” e diversificados; estudos longitudinais), não só para estender e reforçar as conclusões do presente estudo, como também para clarificar algumas questões que levanta – com destaque para o facto da educação, tal como foi aqui operacionalizada, não apresentar efeitos independentes significativos face à saúde subjectiva e limitação de actividade, nos idosos portugueses, em modelos de regressão que incluem os demais estratificadores sociodemográficos considerados.

Confirmar a existência de importantes desigualdades sociais nos resultados de saúde não é porém suficiente, em particular do ponto de vista da formulação de políticas, como salientam Kunst e colegas: *“In order to develop policy proposals, however, information is necessary about the specific factors that contribute to socio-economic inequalities in health. This requires the availability of data on socio-economic inequalities in determinants of mortality and morbidity”* (2001, p. 5). Não contemplada no presente estudo, essa exploração de factores e mecanismos subjacentes às iniquidades encontradas, será abordada no passo seguinte – o Cap. 5/Perfil de saúde – nomeadamente pela aplicação dos índices e indicadores agora seleccionados a outros indicadores do ESS3, que constituem potenciais determinantes da saúde dos mais velhos.

⁷⁶ Os *Odds Ratios* revelam-se de interesse sobretudo no contexto de análises multivariadas, para observação do comportamento conjunto de vários factores, e não tanto como medidas de Diferença Relativa em análises bivariadas, já que tendem, no tipo de resultados de saúde considerados, a sobrestimar a força da associação.

Cap. 5

Perfil de Saúde - Portugal 65+

A. Introdução: Fundamentação, Objecto e Metodologia	268
B. Resultados e Discussão	276
B.1. Situação SOCIODEMOGRÁFICA	276
B.1.1. População	276
B.1.2. Situação quanto à Coabitação	277
B.1.3. Determinantes Socioeconómicos	279
B.2. ESTADO DE SAÚDE e outras dimensões globais	284
B.2.1. Taxas de mortalidade, Esperança de vida e Esperança de saúde	284
B.2.2. Condições específicas - Mortalidade e Morbilidade	286
B.2.3. Funcionalidade / Incapacidade	295
B.2.4. Saúde Subjectiva	298
B.2.5. Bem-Estar (BE) e Qualidade de Vida (QV)	299
B.3. DETERMINANTES da Saúde	306
B.3.1. Características e Respostas Individuais	306
B.3.1.1. Factores Biológicos	306
B.3.1.2. Factores Psicológicos	307
B.3.1.3. Comportamentos	314
B.3.1.4. Acontecimentos de vida e Stress	319
B.3.2. Cuidados e práticas individuais de saúde	320
B.3.3. Ambiente Social	322
B.3.3.1. Redes e Suporte Social	322
B.3.3.2. Abuso e (In)segurança	326
B.3.3.3. Coesão/Capital social e Participação	327
B.3.4. Ambiente Físico	333
B.3.4.1. Habitação	333
B.3.4.2. Zona de Residência / Ambiente Local	340
B.3.4.3. Transportes	343
B.3.4.4. Tecnologia	343
B.3.5. Empowerment	345
B.3.6. (Uma nota sobre as) Desigualdades sociais em saúde	348

Complementando outras vertentes da pesquisa, o presente “Perfil” contribui para um diagnóstico da situação de saúde da população idosa portuguesa, organizando uma caracterização do seu estado de saúde/ bem-estar e factores que possivelmente o influenciam, em torno de variáveis identificadas como pertinentes em capítulos anteriores e aqui operacionalizadas com recurso a dados estatísticos disponíveis. Esta vertente de descrição quantitativa, extensiva, é enquadrada por uma dimensão comparativa (com outros grupos etários e outros países europeus), pretendendo tornar salientes áreas de vulnerabilidade e potencialidade a merecer especial atenção no âmbito de políticas PromS65+ à escala nacional. Desagregação de resultados de subgrupos de idosos e medidas de associação estatística entre variáveis (com destaque para a relação entre determinantes e resultados de saúde e a exploração de desigualdades de base sociodemográfica) são instrumentos adicionais empregues, nos casos em que os dados acedidos o permitem, para explorar distribuições e mecanismos explicativos dos fenómenos de saúde em causa, que poderão ser úteis no delinear de estratégias de intervenção.

Uma vez que o Perfil assenta exclusivamente em dados pré-existentes, um seu contributo adicional é a identificação de fontes e indicadores relevantes (bem como áreas em falta) para o desenvolvimento de um futuro sistema de monitorização/ informação sobre a saúde da população idosa portuguesa.

A. Introdução: Fundamentação, Objecto e Metodologia

“No data often means no recognition of the problem. Good evidence on levels of health and its distribution, and on the social determinants of health, is essential for understanding the scale of the problem, assessing the effects of actions, and monitoring progress” (CSDH, 2008, p. 30)

Justificação/Fundamentação

Observar/Medir os fenómenos é um primeiro passo para a sua compreensão e explicação, mas também para mobilizar atenção política e pública, colocando-os nas agendas dos decisores – e demais *stakeholders* (v.g., Dahlgren, Whitehead, 2006). A caracterização das várias vertentes e determinantes de saúde das populações é além disso, como se sublinha no referencial PromS (cf. Cap. 1), componente central das fases de diagnóstico e, posteriormente, de avaliação, do ciclo de acção em Saúde Pública/ Promoção da Saúde (v.g., Bauer *et al.*, 2003). A informação quanto à dimensão dos problemas e factores que os determinam e sobre a forma como se distribuem na população, constitui suporte essencial para a definição de prioridades e metas, bem como de estratégias de intervenção. A monitorização da sua evolução é igualmente indispensável à avaliação dos resultados (intencionais ou não) das medidas tomadas e à responsabilização/*accountability* e transparência – ou ainda à participação pública e advocacia - que cada vez mais são exigências no domínio da saúde pública (v.g., Etches *et al.*, 2006; WHO, 1999; CSDH, 2008). Uma caracterização extensiva actual da situação em Portugal no que concerne às dimensões e determinantes de saúde da população idosa constituirá pois um elemento importante para a definição de potenciais áreas prioritárias e objectivos de PromS 65+, bem como para a implicação dos vários intervenientes necessários a este processo. A identificação de informação disponível para este fim e das principais lacunas a esse nível, será por si só, um contributo relevante para uma crescente e mais fundamentada atenção a este domínio.

A implementação de sistemas de informação em saúde e o desenvolvimento de indicadores adequados tem vindo a ter considerável destaque – como transparece, a nível europeu, nas prioridades dos Programas de Acção Comunitária no domínio da Saúde (2003-2008; 2008-2013) e nos vários projectos apoiados pela Comissão Europeia neste âmbito (v.g., ECHI/ECHIM; EUHPID) ou, noutro plano, nas recomendações finais da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, 2008). No entanto, e apesar da evolução verificada, os dados disponíveis no quadro destes sistemas de informação em saúde não se adequam directamente, por várias ordens de razões, à pretendida orientação de medidas de PromS65+ em Portugal. Às diversas limitações que são genericamente reconhecidas à informação de saúde produzida a nível nacional¹, vem juntar-se ainda, neste caso, a necessidade de dados específicos para um subgrupo da população, nem sempre facultados pelos estudos e indicadores existentes – os quais, com frequência, ou não são desagregados por idade ou, inclusive, excluem em particular as faixas etárias mais velhas. Por outro lado, os sistemas de indicadores de saúde vigentes no plano nacional² e europeu não reflectem do modo mais adequado as temáticas relevantes para a população idosa e para uma abordagem de promoção de saúde do tipo da aqui perfilhada. Efectivamente, a definição/selecção de indicadores não é um processo independente de considerações de ordem pragmática – *“indicators are at the crossroads of policy questions and data sets. Their selection and definition will be directed, on the one hand, by the needs of health policies and actions, and on the other hand by the availability of data”* (ECHI-2, 2005, p. 10) –, mas também teórica e ética, devendo apoiar-se num quadro conceptual explícito e ser avaliada em relação aos propósitos que servem (v.g., Etches *et al.*,

¹ Por exemplo, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, refere-se, entre outros aspectos mais específicos, ao “limitado leque de indicadores disponíveis, reflexo do mau funcionamento do nosso sistema de gestão da informação e do conhecimento” (M. Saúde, 2004, vol. 2, p. 72).

² Assinale-se que, no quadro do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas/PNSPI foi definida uma lista de 9 indicadores para a sua avaliação (DGS, 2006) - dados que, no entanto, não só não estavam disponíveis à data de elaboração do presente trabalho, como seriam claramente insuficientes para a caracterização pretendida numa perspectiva de PromS65+ (ver referências ao PNSPI em Cap. 6).

2006). Ora os sistemas de informação dominantes, de que se poderá destacar o referencial ECHI /*European Community Health Indicators*, que serviu de base ao trabalho dos últimos anos de desenvolvimento de uma lista de indicadores e monitorização a implementar ao nível da União Europeia e dos Estados Membros (v.g., Portal Saúde Pública da DG SANCO/Comissão Europeia³) não se ajusta à visão de PromS65+ adoptada. Dificuldade idêntica constata o projecto EUHPID/European Health Promotion Indicator Development, igualmente financiado pela CE com o objectivo de desenvolver indicadores específicos para a Promoção da Saúde. Por confronto com a base teórica e sistema de classificação que propõe, o EUHPID conclui que o paradigma subjacente ao ECHI *"has a very narrow conception of health promotion"* (Bauer *et al.*, 2003, p. 108), e, mesmo tendo sofrido adaptações posteriores (v.g., ECHI-2, 2005), tendencialmente *"focuses largely on pathogenic and individual level health development as well as on the health care system"* (Bauer *et al.*, 2006, p. 158). Para além disso, e embora o ECHI-2 tenha inclusive avançado uma proposta de uma "User Window"⁴/sub-lista de indicadores específica para idosos, referenciais de vocação generalista não conseguem abarcar adequadamente as questões de interesse particular para a saúde deste subgrupo. Desajuste também quanto às temáticas abordadas e/ou pouca actualidade, são problemas que limitam igualmente a utilidade, para os presentes propósitos, de alguns trabalhos existentes, contemplando dados de caracterização referentes especificamente aos idosos do nosso país (e.g. INE, 1999, 2002b; Branco *et al.*, 2001; Gesaworld, 2005)⁵.

Em suma, não sendo possível encontrar sistemas/referenciais de indicadores, que simultaneamente contemplem o grupo específico (65+ anos), a temática (saúde pública e promoção da saúde), e o tipo de abordagem (PromS) que interessa ao presente trabalho - e menos, ainda, agrupando dados recentes sobre esta população em Portugal nas diversas variáveis de interesse, o presente "Perfil" propõe-se dar um contributo nessa tarefa dupla: identificar um conjunto de indicadores, que operacionalizem adequadamente as variáveis de interesse; e coligir, organizar e analisar informação correspondente actualizada. Pretendendo-se uma caracterização tanto quanto possível abrangente, representativa à escala nacional e idealmente passível de actualização regular, a opção é pelo recurso às diversas fontes de dados estatísticos existentes, em pretérito de uma recolha directa (ademais impraticável com os recursos disponíveis).

Propósito e Questões

Assim, complementando outras componentes da investigação, o **propósito** específico deste Perfil é contribuir para uma descrição quantitativa, extensiva do estado de saúde/bem-estar e seus determinantes na actual população portuguesa de 65 e mais anos, que seja útil à fundamentação/orientação de políticas nacionais de Prom65+, de acordo com o referencial teórico desenvolvido (Parte I). Tal descrição assenta em dados estatísticos existentes, de diversas fontes, recorrendo, sempre que possível e adequado, a indicadores recomendados e/ou utilizados em referenciais/ sistemas de informação europeus, para operacionalizar (algumas d)as variáveis identificadas como relevantes no Cap. 2-B. As **questões** que orientam esta componente particular do estudo são:

→ qual o actual nível de saúde e bem-estar da população portuguesa 65+ anos?, e.g. que proporção deste grupo goza de uma situação favorável / desfavorável nas várias dimensões de saúde e bem-estar relevantes (cf., Cap. 2-B.1 - Resultados de saúde e outros impactos globais)?; e como se distribuem esses resultados entre subgrupos da população idosa (e.g. sexo, idade, ESE)?;

→ e, de modo idêntico, qual a actual situação dessa mesma população em termos de factores que podem ser determinantes dessa saúde/bem-estar?, e.g., que proporção da população é afectada por certo tipo de riscos e/ou beneficia de recursos, individuais ou ambientais, potencialmente influentes na saúde e modificáveis por intervenções de PromS65+ (cf., Cap. 2-B.2 - Resultados intermédios)?; e como se distribuem esses factores entre subgrupos da população idosa (e.g. sexo, idade, ESE)?;

³ Página sobre "Informação sobre a Saúde": http://ec.europa.eu/health/ph_information/information_pt.htm

⁴ Esta expressão (que se poderia traduzir por Janela de Utilizador) refere-se à selecção de subconjuntos de indicadores, de entre a lista total do ECHI, em função de interesses ou perspectivas específicos (ECHI-2, 2005).

⁵ Mais recentemente foi também divulgado no âmbito do Plano Nacional de Saúde (Santana *et al.*, 2008), um conjunto de dados do INE e INSA relativos ao tema "Envelhecimento e Saúde em Portugal" que embora pertinentes, serão insuficientes numa perspectiva de PromS65+.

No entanto, e para o apoio à formulação de políticas, incluindo a identificação de áreas prioritárias de intervenção, objectivo último do trabalho, para além da dimensão absoluta dos fenómenos, importa ter elementos que indiquem quais os que justificarão mais necessária e/ou proveitosa atenção. Em especial, será útil procurar avaliar em que medida serão (mais facilmente) modificáveis, que margens potenciais de ganhos/melhoria comportam – e, no essencial, em que grau representam um afastamento do direito ao “melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”. Uma vez que nem sempre há indicações de carácter normativo sobre o que serão níveis evitáveis e/ou alcançáveis de doença/saúde e risco/recurso, torna-se útil, para uma avaliação desses aspectos, introduzir no estudo uma vertente comparativa. O Perfil procura assim também, sempre que possível, averiguar:

→ como se compara o nível dos fenómenos observados para os portugueses de 65+ anos com o do conjunto da população nacional e, mais ainda, com o de idosos de outros países europeus?; em particular, quais as áreas que mais claramente se destacam (como fragilidades ou potencialidades) nesta comparação?;

→ que tendência de evolução se observa comparando a actual situação dos idosos em Portugal com anos anteriores?;

→ em que medida há diferenças significativas nos níveis dos fenómenos estudados entre idosos portugueses pertencentes a diferentes grupos sociais?

Esta última vertente, de análise e mensuração das desigualdades sociais em saúde, central em PromS, para além de crucial do ponto de vista da prossecução do princípio fundamental de equidade (v.g., Whitehead, Dahlgren, 2006; CSDH, 2008) é relevante para o delinear da intervenção. Contribuirá para a clarificação do papel de relevo que os factores socioeconómicos (e outros estratificadores sociodemográficos) podem ter, quer globalmente na explicação dos resultados de saúde dos idosos (marcados por significativas iniquidades, como se viu do estudo do Cap. 4), quer na exposição diferencial específica aos diversos determinantes da saúde/bem-estar. Este propósito analítico, secundário, do Perfil de “gerar explicações estatísticas” (Miller, Crabtree, 1992, p. 7), é de alcance circunscrito, devido às limitações dos dados disponíveis, mas quando possível aplica-se também a outros indicadores/determinantes e sua relação com a saúde e bem-estar, visando explorar numa perspectiva quantitativa:

→ qual o significado estatístico, a direcção e a magnitude da associação entre cada factor estudado como potencial determinante e os resultados de saúde/bem-estar na população portuguesa de 65+ anos; atendendo à força dessa relação e à distribuição dos fenómenos na população, que impacte teria, i.e., que ganhos hipotéticos de saúde se obteriam face aos actuais resultados, com uma generalização da situação mais favorável em cada determinante?

Finalmente, e como se referiu, propósito/produto acessório do presente Perfil é a identificação de indicadores e fontes de dados disponíveis e outros, em falta, relevantes para a monitorização e estudo continuado destas questões em Portugal.

Articulação com o conjunto do trabalho:

A fundamentação de base relativa às variáveis que integram este Perfil, encontra-se no referencial desenvolvido na 1ª Parte, e mais directamente ainda, na revisão da literatura, teórica e empírica, do Cap. 2-B, onde se desenvolvem os argumentos que suportam a sua consideração como resultados finais ou determinantes potencialmente relevantes para a formulação de objectivos em políticas de PromS 65+.

As restantes componentes empíricas da investigação, complementam e contribuem também de modo directo para o presente capítulo, sendo em particular de destacar:

- o Cap. 3 que, sob o signo do *empowerment*, aprofunda, numa abordagem qualitativa exploratória, a perspectiva das próprias pessoas idosas sobre o que constitui e influencia a sua saúde e bem-estar, não só foi tido em linha de conta na selecção de variáveis a contemplar no Perfil, constituindo dela critério adicional de “validade social”, como traz também “textura” a algumas das temáticas que o Perfil caracteriza de modo quantitativo, e.g., fornecendo pistas quanto ao significado e/ou à interligação de factores do ponto de vista dos interessados;

- o Cap. 4, centrado muito especificamente na componente das desigualdades sociais em saúde, é parte integral do Perfil, aprofundando a análise dos níveis de iniquidade observáveis em resultados globais de

saúde, mas tem também uma vertente de exploração metodológica que conduziu à selecção dos indicadores e medidas agora sistematicamente aplicados a determinantes de saúde discutidos neste Cap. 5. A discussão dos resultados do presente Perfil, feita a um primeiro nível, mais detalhado e tema a tema, a par da apresentação dos dados, é depois integrada com as principais conclusões das restantes componentes empíricas num capítulo de síntese/Cap. 6. Este centra-se já só nos aspectos mais directamente relevantes para a identificação de áreas que parecem justificar particular atenção de políticas de PromS65+ em Portugal, bem como de outras pistas relevantes para futura actuação – abrindo assim caminho às conclusões e sugestões para intervenção que constituem o capítulo final do trabalho (Cap. 7).

Metodologia

A presente componente da investigação – que se designou por “Perfil de Saúde” - é, como se viu, parte de um projecto mais amplo, que se orienta por um paradigma de “*pragmatismo*” (em que a natureza do problema assume centralidade e determina a selecção da pluralidade de métodos e técnicas que melhor servem os propósitos da investigação) e cujo enquadramento e estratégia geral correspondem a uma abordagem de “*Métodos Mistos*” (Creswell, 2003) – cf. Introdução. Assim, enquadradas pelo objectivos de fundo e Referencial PromS elaborado, as várias componentes empíricas da pesquisa, versando sobre diferentes vertentes do problema e respondendo a questões complementares, adoptam métodos distintos, tanto quantitativos como qualitativos.

A vertente do “Perfil” dá ênfase a uma abordagem quantitativa, visando sobretudo, como se referiu, uma descrição extensiva do fenómeno (dimensões e determinantes da saúde e bem-estar da população de 65+ anos em Portugal), mas incluindo também questões remetendo para análises comparativas (entre grupos) e explicativas (associações entre variáveis). Recorre a fontes de dados pré-existentes diversas (lista das principais em Anexo 10), que são no entanto maioritariamente *estudos observacionais transversais*, do tipo *inquérito por questionário*, com amostras em geral *representativas das populações nacionais* (Portugal Continental e outros países da Europa). A lista de variáveis contemplada é, no entanto, extensa, e a sua operacionalização em termos de indicadores, análises estatísticas efectuadas, assim como instrumentos e amostras, variam caso a caso, pelo que os detalhes relativos a tais aspectos serão incluídos a par e passo, aquando da apresentação dos próprios dados. Caberá aqui somente uma esquematização e fundamentação das linhas gerais que orientam a selecção de indicadores e fontes de dados e o plano de análise estatística.

Variáveis, indicadores e fontes:

- A selecção das variáveis decorreu da combinação dos três tipos de abordagens que têm sido distinguidas no desenvolvimento de indicadores: processos orientados pela teoria, pelos dados e por (necessidades das) políticas (v.g., Bauer *et al.*, 2003). Guiada pelo referencial teórico que fundamenta a identificação mais geral de resultados e determinantes de saúde e bem-estar de provável interesse para a PromS da população idosa (Parte I)⁶; visa sobretudo o apoio à formulação de políticas; sendo condicionada pela disponibilidade de dados relativos às pessoas idosas em Portugal.

As **variáveis** abordadas são organizadas em três grandes categorias (cf. secções B.1, 2 e 3 do Perfil)⁷:

⁶ Relembra-se que, embora visando traçar uma panorâmica abrangente das questões potencialmente relevantes para a população idosa, fazendo jus à concepção ampla de saúde e princípios/valores de PromS perfilhados, a vastidão deste domínio implicou deste logo uma atenção prioritária a aspectos potencialmente modificáveis por políticas de PromS e a facetas que têm merecido menos atenção noutros estudos e intervenções. Tais critérios de restrição do campo vêm-se ainda reforçados nas decisões do presente capítulo quanto à selecção e aprofundamento de variáveis – levando nomeadamente à quase total exclusão de aspectos relativos ao sistema de saúde e outras redes de cuidados e à abordagem menos detalhada de patologias e factores biomédicos e (alguns) comportamentais.

⁷ Reconhece-se, contudo, o carácter algo artificial de tal divisão e a dificuldade/ arbitrariedade de decisão, nalguns casos, de inclusão preferencial num dos grupos. Em particular, a autonomização da secção de caracterização sociodemográfica não invalida que vários dos factores aí incluídos sejam em simultâneo considerados como importantes determinantes da saúde e bem-estar da população idosa. Mais generalizadas são as dificuldades de classificação/ organização que resultam do facto, já referido na conceptualização de PromS65+, de muitas variáveis poderem ser simultaneamente encaradas como vertentes de saúde e como seus determinantes, e de diversas questões se reflectirem de forma transversal em múltiplos temas (e.g. a participação social – um importante resultado global de saúde/bem-estar, mas também determinante da saúde física e mental, podendo ser abordada tanto no plano comportamental/ individual, como em termos de oportunidades /obstáculos ambientais).

- 1) - Caracterização sociodemográfica – dados relativos à população portuguesa de 65 e mais anos; constituem um enquadramento necessário à percepção da dimensão e implicações dos fenómenos abordados das secções seguintes, bem como de eventuais políticas nos domínios visados;
- 2) - Estado de saúde e outras dimensões globais – situação desta população em dimensões (morbilidade, mortalidade, funcionalidade, saúde subjectiva, bem-estar, qualidade de vida) identificadas como potenciais metas finais em políticas de PromS65+;
- 3) - Determinantes da saúde – factores com potencial influência na saúde/bem-estar desta população, que poderão ser eventuais alvos/resultados intermédios a visar em PromS65+; contemplam-se tanto factores de risco como recursos, relativos ao ambiente físico, ambiente social, factores/ respostas individuais, *empowerment* e outros.

- Para cada uma das principais temáticas inventariadas no Cap. 2-B e respectivas variáveis seleccionadas como prioritárias, o presente Perfil procurou indicadores para a sua operacionalização.

Deu-se preferência a **indicadores** já incluídos nos sistemas europeus de indicadores de saúde (com destaque para o ECHI⁸), quando adequados, mas contemplam-se também outros, quer de sistemas genéricos do sector da saúde, social ou mais amplos (e.g., WHO, Eurostat, OCDE, EUSI), quer específicos para a temática em causa (e.g., propostas relativas à saúde ambiental, *empowerment*, capital social, participação).

As principais referências consideradas são citadas em cada um dos respectivos tópicos do Perfil.

- Naturalmente a selecção final ficou dependente dos dados disponíveis.

Utilizaram-se quase sempre **dados** específicos para a população portuguesa de 65 e mais anos ou, quando tal não foi possível, para categorias etárias próximas ou, ainda, outras parcialmente sobreponíveis (e.g., população reformada; agregados com um ou dois idosos) e, só muito ocasionalmente, dados nacionais sem especificação deste grupo. Deu-se preferência a dados quantitativos de âmbito e representatividade nacional (Portugal Continental), recentes (em geral posteriores a 2000) e idealmente de recolha regular (para permitir análises de evolução) – mas face à sua inexistência para temáticas consideradas centrais, recorreu-se a outro tipo de informação. Os dados nacionais foram, sempre que possível, complementados por informação comparável referente à população europeia, de preferência o conjunto dos países que integram a “Europa dos 15”/EU15 – UE até Maio de 2004 (ou, nessa impossibilidade, alguns dos Estados membros). A estas exigências centrais, juntava-se o interesse por informação desagregada das variáveis para os subgrupos de interesse e preferência pelo acesso a bases de dados que permitissem proceder a análises estatísticas adicionais (comparações de grupos, associações de variáveis) – sendo que este último aspecto de aprofundamento de relações entre variáveis se restringiu essencialmente ao ESS3-2006⁹.

Uma lista das principais fontes com alguns comentários é apresentada no Anexo 10 – para além naturalmente das referências específicas incluídas junto dos próprios dados.

Esquema de análise estatística: Os dados relativos a cada variável/ indicador são analisados seguindo tendencialmente a seguinte estrutura-tipo¹⁰:

- a) **Descrição-base**: frequência da variável/indicador¹¹, observada nos quatro seguintes grupos: total da população adulta (em geral 15+ anos) em Portugal, e na EU15; total da população idosa (65+ anos) em

⁸ Assinale-se que, para além dos documentos produzidos pelo(s) projecto(s) ECHI, ECHI-2 e ECHIM, estão também disponíveis na internet os indicadores ECHI através da aplicação ICHI-2/*International Compendium of Health Indicators*, em www.healthindicators.org (última consulta em 08.04.2009).

⁹ Para mais detalhes sobre algumas das características de interesse deste inquérito para o presente trabalho (inclusão simultânea de variáveis de saúde, socioeconómicas e psicossociais, representatividade à escala nacional, esforço de comparabilidade transnacional, actualidade – e possibilidade de acesso integral/*download* da base de dados) ver Cap. 4 e Anexo 11. Outras bases de dados contemplando indicadores pertinentes, como é o caso de alguns Eurobarómetros, estão também acessíveis, mas, em particular a dimensão da amostra nacional de 65+ anos restringe as possibilidades de análise estatística aprofundada. Em contrapartida, o 4º INS/Inquérito Nacional de Saúde, do INSA/INE, sendo um inquérito de destacado interesse para uma análise deste tipo, não foi disponibilizado em formato de base de dados em tempo útil para inclusão o presente estudo.

¹⁰ Os quadros/ gráficos relativos aos três tipos de análise são apresentados, como se verá, em anexos distintos, mas a sua discussão em texto é feita integrando o conjunto da informação disponível para cada indicador.

Portugal e na EU15. Esta lógica de apresentação é, no entanto, adaptada caso a caso, em função dos dados disponíveis e da própria natureza do tema em questão¹².

Tais tabelas e gráficos - juntamente com as indispensáveis definições e indicação de fonte -, são incluídos, em conjunto, no Anexo 8¹³, e objecto de análise no texto nas respectivas secções temáticas (em B.1, 2 e 3).

b) **Desigualdades sociais** na distribuição dos indicadores (na população portuguesa de 65+ anos): atendendo aos requisitos deste tipo de análise, só pôde ser feita de modo sistemático para indicadores do ESS3-2006¹⁴. A inclusão de informação nesta perspectiva é recomendada nomeadamente pela CSDH (2008)¹⁵, sendo a escolha específica dos estratificadores/grupos e medidas adoptados, decorrente da análise efectuada no Cap. 4 – onde se encontra igualmente justificação e explicação detalhada dos mesmos.

Desigualdades sociais: Para cada indicador do ESS3, dicotomizado¹⁶, apresenta-se e compara-se (teste de Qui-Quadrado) a frequência do evento/categoria de resposta de interesse nos grupos socio-demográficos definidos pelos níveis dos 5 estratificadores considerados (escolaridade e rendimento subjectivo – 3 níveis/grupos cada um; tipo de localidade de residência – 3 categorias/ grupos; idade – 3 grupos; sexo). A magnitude da associação entre cada indicador e os estratificadores socioeconómicos, geográfico e etário é ainda estudada através de medidas de diferença absoluta e relativa entre o grupo de referência (o que se pressupõe ter melhores resultados) e os restantes - respectivamente diferença de frequências (DF) e razão de frequências (RF) (e respectivos intervalos de confiança a 95%). Acrescenta-se ainda, para cada um desses estratificadores, uma medida de Impacte, a Proporção Atribuível (PA), que calcula hipotéticos ganhos/melhoria na situação face ao indicador em causa, se se generalizasse à totalidade da população idosa o nível de prevalência actualmente observado no grupo de referência¹⁷.

Estes dados e cálculos são apresentados num quadro único (01-V-Anexo 9 ao capítulo) e comentados no texto, na sequência da descrição-base do indicador.

c) **Relação dos indicadores com a saúde** (na população portuguesa de 65+ anos): por razões idênticas às referidas na análise das desigualdades, só é também estudada para os principais indicadores do ESS3-2006.

Associação com saúde/BE: Apresentam-se e comparam-se resultados de saúde/bem-estar (frequência de “saúde má/muito má”, de “saúde boa/muito boa”, de “limitação de actividade”, de “bem-estar global elevado”)¹⁸ associados a cada um dos níveis/categorias do indicador em análise, quase sempre dicotomizado¹⁹. Quando se detectam diferenças significativas na prevalência do resultado de saúde/bem-estar associadas aos níveis do indicador (teste de Qui-quadrado, n.s. 0,05), prossegue-se a análise da magnitude dessa relação através de medidas de diferença absoluta (DF- Diferença de

¹¹ As variáveis foram em geral dicotomizadas, sendo incluídos dados só para a categoria/agrupamento de categorias considerada de maior interesse – excepto quando tal simplificação foi julgada excessivamente redutora. Na maior parte dos casos optou-se pela apresentação da frequência relativa/em percentagem da população – mas, nalguns casos, incluem-se valores absolutos (por exemplo, tratando-se de dados censitários e/ou em que é especialmente importante a dimensão absoluta do problema/grupo). Para algumas variáveis numéricas apresentam-se valores médios.

¹² Por exemplo, acrescentando gráficos (que ocasionalmente substituem a informação numérica), incluindo informação desagregada para certos subgrupos (e.g., sexo, idade, ESE/ estatuto socioeconómico, grupos geográficos) ou introduzindo elementos adicionais (e.g., comparação temporal).

¹³ Para simplificar a localização, atribui-se identificação comum aos elementos que integram uma mesma página – sejam tabelas ou gráficos, globalmente designados como Fig. –, sendo tal numeração coincidente com a paginação do Anexo 8.

¹⁴ Por ser a única base de dados a que foi possível ter acesso, com representatividade/dimensão adequada da amostra e incluindo as variáveis indispensáveis a este tipo de análise – consoante se detalhou em Cap.4. Outras bases de dados a que foi possível aceder, como é o caso de alguns Eurobarómetros, embora incluindo também estratificadores relevantes a par dos indicadores de saúde/determinantes de interesse, não abrangiam uma amostra de idosos de dimensão suficiente para sustentar este tipo de análise, que discrimina vários subgrupos sociais.

¹⁵ Entre as recomendações da CSDH referentes ao estabelecimento de sistemas nacionais de vigilância da equidade em saúde (16.2), refere-se: “a health equity surveillance system would present data stratified by social groups within countries, and would include measures of inequity in health and determinants between these groups” (ob. cit., p. 180).

¹⁶ Incluem-se também algumas variáveis contínuas, sendo nesse caso apresentadas as médias obtidas por cada um dos grupos sociodemográficos e comparadas somente através de ANOVA-Análise de Variância Simples Paramétrica (efectuada, tal como o teste de Qui-Quadrado em SPSS 14.0 para Windows).

¹⁷ Para mais detalhes sobre estas medidas ver Cap. 4.

¹⁸ Estes 4 resultados de saúde e bem-estar dicotómicos são os utilizados no Cap. 4, apresentando-se aí maiores detalhes sobre a sua definição e fundamentação.

¹⁹ Incluem-se algumas variáveis contínuas, sendo nesse caso apresentada a média no indicador obtida pelos grupos com diferentes resultados de saúde e comparada (através de ANOVA-Análise de Variância Simples Paramétrica - efectuada, tal como o teste de Qui-Quadrado em SPSS 14.0 para Windows).

Frequências) e relativa (RF - Razão de Frequências e OR – Odds Ratio); para além destas análises bivariadas é adicionalmente calculado o OR ajustado para as variáveis sociodemográficas de referência²⁰, visando estimar a existência de associação entre o indicador e o resultado de saúde independente do efeito destas. Apresenta-se igualmente a Proporção Atribuível (PA), como medida do impacto/ganho potencial de saúde ou bem-estar decorrentes de uma generalização hipotética a toda a população idosa nacional dos resultados associados ao nível mais favorável do indicador em análise. Alguns destes dados e medidas são também calculados separadamente para homens e mulheres.

Estes dados e cálculos são apresentados num quadro único (02-V-Anexo 9 ao capítulo) e comentados no texto.

Limitações e Delimitações

Atendendo a que os propósitos de fundo do presente Perfil são, numa área em que há ainda pouca investigação/ intervenção, esboçar uma visão abrangente, integradora dos aspectos relevantes para a promoção da saúde dos idosos em Portugal – porventura a ser retomada posteriormente por outros –, a aposta foi numa maior latitude de pesquisa e recurso a informação de fácil acesso e provável actualização.

Sacrificou-se assim inevitavelmente a *profundidade* com que cada temática é abordada – que sofreu ainda constrangimentos adicionais decorrentes da própria disponibilidade de dados. Reconhecidamente, não só o recurso a um único indicador é insuficiente para a adequado estudo de muitas das variáveis seleccionadas, como na própria exploração desses dados foi também necessário fazer opções quanto à informação a apresentar, que excluíram aspectos de óbvio interesse. Por exemplo, as dimensões de comparação temporal/evolução só foram contempladas nalguns casos (e quase nunca numa vertente prospectiva) e a análise/comparação de grupos etários discriminados ao longo de toda a vida adulta foi ainda mais raramente efectuada. Merecerá especial referência o não ter sido feita de modo sistemático a desagregação dos dados por sexo, e/ou o aprofundamento das análises separadamente para homens e mulheres. Tal abordagem, que seria desejável para a maioria, senão a totalidade dos temas e tipos de análises (e fundamental e.g. para questões relativas às desigualdades sociais e à distribuição dos fenómenos), não foi concretizada devido, em parte, ao tipo de dados disponíveis, mas também atendendo ao volume de informação e trabalho adicional que implicaria.

Mesmo assim, a *abrangência* almejada ficou também parcialmente limitada, já que, dada a extensão da temática (em especial no que toca a determinantes da saúde), não foi, naturalmente, viável incluir todas as variáveis e indicadores com interesse potencial – para além das que não foram estudadas por impossibilidade de encontrar e/ou aceder à necessária informação.

Por outro lado, a própria *qualidade dos dados* é desigual, consoante as fontes e indicadores disponíveis. Assim por exemplo, alguns indicadores, seleccionados pela vantagem de fácil acesso, actualização regular, comparabilidade transnacional, etc., só de forma parcial e/ou indirecta operacionalizam a variável de interesse (e.g., *empowerment*). Noutros casos, os inquéritos em causa - e.g., Eurobarómetros - ainda que representativos para a população nacional, abrangem amostras de portugueses de 65+ anos de dimensão relativamente reduzida, limitando a possibilidade de inferências estatísticas/generalizações, sobretudo a partir de dados desagregados por subgrupos. Por vezes, face à inexistência da informação mais adequada para algumas temáticas, optou-se mesmo assim por incluir dados que, não cumprindo os melhores requisitos (de pertinência e/ou possibilidade de generalização à população idosa nacional e/ou actualidade), permitirão mesmo assim um primeiro esboço de domínios ainda pouco conhecidos.

Na *interpretação* dos dados interessa também ter presente que existem importantes limites à real comparabilidade entre grupos – e muito particularmente quando estão em causa países diferentes. Mesmo

²⁰ Este OR ajustado é calculado a partir de regressão logística múltipla (em SPSS 14.0 para Windows) incluindo, para além do indicador em análise, as seguintes variáveis sociodemográficas (correspondendo às consideradas mais pertinentes na sequência das análises efectuadas em Cap. 4): sexo, idade (em anos), escolaridade (em anos), rendimento subjectivo (*dummys* correspondendo aos 3 níveis adoptados na análise de desigualdades sociais e tomando também como referência o grupo que não assinala dificuldades neste plano).

quando se trata de inquéritos – como é, por exemplo, o caso do ESS3-2006 - que envolvem consideráveis esforços de maximização da comparabilidade internacional, e/ou (sistemas de) indicadores trabalhados nesse mesmo sentido, estão sempre em causa instrumentos distintos (mesmo que só ao nível da língua) e contextualizações necessariamente diferentes (com implicações por exemplo, na forma como as questões são interpretadas pelos inquiridos, nos estilos de resposta, e mesmo na envolvimento do próprio fenómeno em estudo). Reservas acrescidas se devem colocar à análise de resultados agregados de vários países. O recurso constante que, no Perfil, se faz a esta dimensão comparativa, justifica-se, em especial, como se viu, enquanto termo de referência para os resultados da população idosa nacional (sobretudo em domínios onde não há valores normativos estabelecidos)..

Outra limitação fundamental é a impossibilidade de concluir sobre a existência de relações causais e sua direcionalidade a partir do tipo de dados – transversais – utilizados. Um pressuposto de causalidade – que muitas vezes transparece das análises efectuadas e, em particular, de algumas medidas (de associação e, muito particularmente, de impacte - PA), assenta pois tão só na revisão bibliográfica e evidência de outros estudos, não podendo os dados aqui analisados indiciar mais do que associações entre variáveis. Tais ressalvas deverão estar presentes na leitura de todos os resultados, já que não são no texto exaustivamente repetidas – assim como o facto de que a literatura com frequência aponta, em qualquer caso, para relações causais complexas, frequentemente bidireccionais, entre muitas das variáveis abordadas e a saúde/bem estar (cf., Cap. 2-B).

A natureza da informação (e sua adequação aos propósitos) merece igualmente algumas observações. Importa, em particular, ter presente o quase exclusivo recurso a indicadores centrados nos indivíduos – mesmo para o estudo de factores ambientais – e a avaliações subjectivas ou outra informação auto-reportada. Ora, mesmo quando, como é por exemplo o caso com a auto-avaliação de saúde, está bem documentada a validade e fiabilidade do indicador enquanto preditor de resultados objectivos de saúde dos idosos, o seu carácter subjectivo introduz um inevitável peso acrescido de influências culturais e sociais nas respostas, que condicionam as interpretações comparativas entre grupos²¹. Atendendo ao enquadramento conceptual do estudo e, em especial à visão de desenvolvimento da saúde adoptada (valorizando a interligação complexa de factores, actuando a múltiplos níveis, do individual ao macro-estrutural, passando pelos vários grupos e contextos de vida – familiares, comunitários, sociais) torna-se particularmente redutora uma caracterização estática, centrada no nível individual e apoiando-se sobretudo em análises parcelares uni e bivariadas – que é, porém, a possível face aos recursos disponíveis.

Equivalentes questões se colocam quanto ao esboço de “*bateria de indicadores*” de PromS65+, e respectivas fontes, que o presente estudo envolve. A integração de indicadores conseguida corresponde essencialmente ao que Etches e colegas (2006) designam “*Basket presentation*” – i.e., à inclusão num mesmo relatório de diferentes tipos de indicadores pertencentes a várias categorias e temáticas. Esta (com os limites já referidos, quer nas variáveis/ temáticas que foi possível incluir, quer nas possibilidades de desagregação dos dados por subpopulações), tem o mérito de conjugar informação disponível mas habitualmente tratada separadamente (e.g., dados biomédicos e determinantes sociais), encorajando a consideração das relações entre indicadores e destacando desigualdades entre grupos. No entanto, só parcialmente se avançou deste nível descritivo mais genérico para a desejável análise mais precisa das relações entre indicadores que, como os referidos autores salientam, requer o acesso a bases de dados que incluam elas próprias os diferentes tipos de informação (limitado no presente estudo sobretudo ao ESS3) e/ou a interligação de diferentes bases de dados. Como Etches *et al.* lembram, igualmente fundamental para uma evolução na compreensão dos mecanismos causais subjacentes – e também fora do âmbito do presente trabalho – seria a exploração, através de análises multiníveis, de informação simultânea ao nível do individual e do “lugar”, que tal interligação de dados poderia possibilitar.

²¹ Conforme se viu em Cap. 2-B.1.1.4 a auto-avaliação de saúde é um robusto preditor da evolução da saúde dos mais velhos, a nível da mortalidade, declínio funcional e outros resultados (v.g., Pollack, von dem Knesebeck, 2004; Wang, Satariano, 2007). Aí e no Cap. 4 se comenta também mais detalhadamente a questão da comparação entre grupos recorrendo a esta variável.

B. Resultados e Discussão

B.1. Situação SOCIODEMOGRÁFICA

Informação sobre quantos são os portugueses de 65 e mais anos, onde, com quem e em que circunstâncias vivem e como se integram no conjunto da população, são dados de caracterização básicos para a orientação de políticas. Sendo esta uma população particularmente heterogénea, como acentua a literatura gerontológica, a distinção de subgrupos de idosos é essencial à adequada análise da maior parte das temáticas – embora nem sempre viável em termos práticos. Sexo, idade e dados socioeconómicos são alguns dos elementos que é crucial ter em conta, mas outros aspectos – como a região, tipo de local de residência ou situação de coabitação/agregado familiar –, constituem também úteis estratificadores a considerar, de modo quase transversal, quer porque estejam, em muitos casos, implicados na própria explicação dos fenómenos, quer porque, no mínimo, facilitam a selecção de subgrupos a beneficiar de intervenção. De facto, vários destes factores enquadram-se na categoria de determinantes estruturais da saúde (e determinantes das iniquidades em saúde – cf. Cap. 2, B.1.2/Desigualdades Sociais e B.2.3.1/ PSE), sendo também alguns deles susceptíveis de uma análise ecológica – e.g., envelhecimento demográfico, desigualdades de rendimentos, etc. –, que, numa escala nacional (como também regional, local, ou internacional) contribuirá para uma caracterização de vertentes do contexto sociopolítico influentes na saúde e sua distribuição.

Por todas estas razões, optou-se – à semelhança do que é feito no ECHI-2 – por apresentar desde logo, na introdução, estes dados essenciais de caracterização demográfica e socioeconómica, muito embora salientando que, em especial estes últimos, constituem também determinantes da saúde, enquadráveis portanto na 3ª parte (B.3) deste Perfil.

B.1.1. POPULAÇÃO

De acordo com as estimativas do INE (tabelas e gráficos Fig. 01 e 02-V-Anexo 8), existiam em Portugal, em 2006, cerca de 1.829 milhares de **pessoas com mais de 64 anos de idade**, mais de metade das quais – 58% – do sexo feminino (1.065 mil mulheres e 764 mil homens), e a maioria – 55% – com menos de 75 anos, embora existissem já 172 mil pessoas com 85 e mais anos (2/3 das quais mulheres).

Em termos de **evolução**, na última metade do séc. XX o nº de idosos em Portugal quase triplicou, tendo aumentado a um ritmo médio anual na ordem dos 4% (gráfico em 01-V-A8). As projecções²² apontam para que tal crescimento continue, ainda que a uma taxa menor, de cerca de 2% ao ano, na primeira metade deste século (atingindo um valor superior a 3 milhões de idosos em 2050) – embora possivelmente, a partir da segunda década deste século, em contracorrente com o que se passará no conjunto da população portuguesa a qual, entre 2020 e 2050, de acordo com o EUROPOP2004, poderá sofrer uma redução de 0,2% ao ano, ficando pouco além dos 10 milhões de efectivos em meados do séc. XXI.

Observa-se pois uma alteração da **estrutura etária** da população (gráfico e pirâmide etária em 02-V-A8), com o aumento dos efectivos com 65 e mais anos, a ocorrer a par da diminuição do número dos mais jovens, configurando o quadro de envelhecimento demográfico que se tem vindo a verificar nas últimas décadas e se prevê se continue a acentuar. Se nos censos de 2001, a proporção de idosos ultrapassou pela primeira vez a dos mais jovens (menos de 15 anos), ao atingir os 16,4% da população, as projecções

²² As projecções aqui referidas são as do Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>), “EUROPOP2004 -Trend scenario, national level - Baseline variant” (actualização em 08.04.2005). Foram, no entanto, posteriormente divulgadas outras projecções relativas à população da UE27 (“EUROPOP2008 - Convergence scenario”) que não são aqui contempladas. Assinale-se porém, a título ilustrativo, que relativamente a Portugal tais dados indicam para 2050 um volume populacional significativamente maior: quer para a população total (11.448.641), que continuaria portanto em crescimento até meio do século; quer para o grupo de 65 e mais anos (3.448.545), o qual mesmo assim, neste cenário, representaria então uma proporção da população nacional um pouco menor (30,1%) do que o valor projectado em EUROPOP2004.

EUROPOP2004 indicam que, em 2025 as pessoas com 65 e mais anos sejam mais de um quinto da população, podendo em 2050 constituir quase um terço dos habitantes nacionais. Na Europa dos 15 a situação é muito semelhante.

E o maior crescimento nas próximas décadas será mesmo dos mais idosos, com as pessoas de 80 e mais anos a duplicar entre 2001 e 2025 (643.744) e a atingir, em 2050, cerca do triplo dos efectivos (1.066.758) face ao início do século, constituindo então cerca de um terço (33,4%) do total das pessoas idosas (em 2006 eram 23% desse grupo etário). Nesse plano, a evolução previsível aproxima-se também da média da EU15 - gráfico em 02-V-A8 (embora o peso relativo do grupo dos 80+ anos no conjunto dos idosos possa ser aí um pouco superior, atingindo os 39%).

A **distribuição geográfica** da população idosa no território nacional é naturalmente desigual (tabelas e gráficos em 03-V-A8). Em termos de números absolutos, em 2006, o Norte, o Centro e Lisboa são, por ordem decrescente, as regiões com mais residentes idosos em Portugal (rondando o meio milhão cada uma). As regiões mais envelhecidas – i.e., com maior importância relativa dos mais velhos face ao conjunto da população - são porém o Alentejo, o Centro e o Algarve, as três com uma proporção de idosos e Índices de envelhecimento e de Dependência de Idosos superiores à média nacional (com valores máximos, no Alentejo, de respectivamente 22,9%, 171,6 e 35,9). Em contrapartida, segundo as projeções do INE (gráfico em 03-V-A8), o Norte e as regiões autónomas (actualmente as “mais jovens” do território nacional) serão aquelas em que este grupo da população mais aumentará durante a primeira metade deste século XXI – embora em todas as NUTS II se anteveja aumento dos residentes com 65+ anos, com a possível excepção do Alentejo (INE, 2004).

Por outro lado, pode-se assinalar que, à data dos Censos de 2001, já menos de metade dos portugueses de 65+ anos (48% - cerca de 800 mil) residiam em lugares com menos de 2.000 habitantes, em resultado do crescimento que nas últimas décadas, se tem observado preferencialmente nos médios e grandes centros urbanos (Machado, 2005). Mais de um terço dos idosos (quase 600 mil) habitava então em aglomerados que se poderão considerar cidades (≥ 10.000 hab.), as maiores delas (de dimensão superior a 100.000 hab.) acolhendo aprox. 250 mil pessoas idosas (gráfico em 03-V-A8).

B.1.2. SITUAÇÃO QUANTO À COABITAÇÃO

A enorme maioria das pessoas idosas vive na comunidade: nos Censos de 2001 os idosos em alojamentos colectivos (de apoio social e de saúde) representavam somente 3,1% das situações dos indivíduos com 65 e mais anos (Fig. 04-V-A8). Tal como já se verificara nos censos anteriores (INE, 1999) a proporção de pessoas em instituições varia notoriamente em função da idade e também do sexo: enquanto entre os 65 e os 74 anos só 1% dos indivíduos se encontra nesta situação, após os 84 anos são já mais de 12% as pessoas em equipamentos de apoio social ou de saúde. A frequência de institucionalização é também maior para as mulheres (3,8%) do que para os homens (2,3%).

De acordo com os dados recolhidos pelo projecto FAMSUP (Tomassini *et al.*, 2004; gráfico em 04-V-A8), Portugal tinha, entre os países abrangidos, uma proporção de institucionalização particularmente baixa para o grupo etário em que esta é mais frequente – pessoas com 85 e mais anos –, sobretudo em 1991. Note-se, em todo o caso, que no período entre 1991 e 2001 tais valores subiram consideravelmente entre nós, ao contrário da tendência observada na maioria dos países estudados (ficando contudo ainda aquém de outros aí observados – em especial nos países do norte da Europa, onde a taxa de institucionalização pode superar os 30%). Por sua vez, as projecções do projecto Felicie, apontam evolução favorável, nas próximas décadas, no balanço entre apoio formal e informal em todos os 9 países europeus analisados (atendendo a um expectável aumento na proporção de idosos casados e com filhos), que atenuaria o impacto do crescimento esperado do número absoluto de idosos com incapacidade grave (Felicie, 2006a). Assim, especificamente para Portugal, e mesmo num cenário em que a saúde da população idosa se mantenha constante, o aumento de pessoas de 75 e mais anos em instituição seria, em 2030 face a 2000, de 39% para os homens e 36% para as mulheres – um crescimento menor do que o que se observará para outro tipo de “*living arrangements*” (Felicie, 2006b).

Na comunidade, mais de metade das pessoas idosas vivem numa de duas situações: com outra pessoa igualmente idosa (612.832 pessoas, ou seja, 36% dos com mais de 64 anos), ou sozinhas (321.054 - 19%) (INE, Censos 2001). A probabilidade de viver só é maior para o sexo feminino e aumenta também com a idade – mas só até dada altura. O valor máximo (26%) é atingido no grupo etário dos 80-84 anos, decrescendo em idades posteriores (Eurostat, Censos 2001)²³. Por sua vez, enquanto 1/4 das mulheres idosas viviam sós à data dos Censos de 2001, só 10% dos homens se encontravam nesta situação (Fig. 05-V-A8; para estimativas em 2006, em que a diferença entre géneros se acentua, ver gráfico 52-V-A8); no entanto, tal relação altera-se também a partir de certa idade, sendo que após os 94 anos a proporção de pessoas a viver sós é maior nos homens do que nas mulheres (16,5% contra 14%). A distribuição geográfica deste tipo de situação no território nacional é igualmente bastante variável, como revela o mapa em 05-V-A8, sendo especialmente frequentes os agregados de pessoa idosa só nas zonas do interior, do sul e nos aglomerados urbanos de maior dimensão e, pelo contrário, mais raros, no norte e no litoral.

A comparação a nível europeu permite constatar que as situações são muito diversificadas – enquanto na Espanha a percentagem de idosos a viver sozinhos (19,5%) é semelhante à existente em Portugal, nos países do norte da Europa tal proporção tende a aumentar: na Finlândia por exemplo, esse valor ronda os 37% (atingindo mesmo os 52% no grupo etário dos 85-89 anos) (Eurostat, Censos 2001; Fig. 05-V-A8).

É de sublinhar a importância deste indicador, não só pelas suas implicações em termos de suporte social e outros aspectos psicossociais²⁴, mas também por ser “importante determinante socioeconómico da saúde” como aponta o ECHI-2 (2005, Annex 5, p. 12) - que selecciona, de resto, a “*household situation*” para a lista específica de indicadores para idosos. A sua relevância no caso português é confirmada pela análise que Gonçalves e Silva fazem sobre a pobreza e exclusão em famílias com idosos, concluindo poder “afirmar-se que pelo facto de se ser idoso e viver só, ou viver com outras pessoas com as mesmas idades, se corre maior risco de desigualdade e, consequentemente, de exclusão social” (2004, p. 150) (ver também B.1.3-pobreza, para dados mais recentes).

Em termos de integração dos idosos nas famílias portuguesas é de salientar que cerca de 1/3 dos agregados incluía, em 2001, pelo menos uma pessoa com 65 ou mais anos (gráfico 05-V-A8). De resto, é precisamente um idoso que é considerado o representante em quase um milhão de famílias, ou seja, mais de um quarto (27%) das recenseadas (e em 84% das que incluem alguém maior de 64 anos). De acordo com o INE (2002b), a proporção de famílias clássicas que incluem idosos aumentou entre 1991 e 2001 – mas à custa das famílias compostas só por idosos (cerca de 17,5%²⁵ das famílias portuguesas), já que as que integram idosos e outros (15,1% dos agregados) diminuiriam ligeiramente de importância neste período.

Note-se que as regiões portuguesas diferiam, em 2001 (tal como de resto já se verificava nos Censos de 1991 – INE, 1999), em termos da integração de idosos. Assim, por exemplo, enquanto cerca de 40% dos agregados no Alentejo incluía pelo menos 1 pessoa com mais de 64 anos, na região de Lisboa esse valor não ultrapassava os 29%.

Em termos de países europeus, e recorrendo aos mesmo exemplos, a Espanha tem de novo uma situação próxima da portuguesa (cerca de 1/3 das famílias incluem idosos), enquanto na Finlândia o panorama é algo distinto, sendo menos de 1/4 as famílias com pessoas destas idades (Eurostat, Censos 2001).

Quanto ao estado civil dos cidadãos mais velhos (Fig. 05-V-A8; gráfico 52-V-A8), a primeira constatação remete para as disparidades entre sexos – nomeadamente em termos de casamento: de longe a situação mais frequente para os homens idosos (80%), em 2001, em Portugal, mas só verificada em 46% das mulheres. Tal diferença traduzirá sobretudo a forma também diferenciada como a viuvez afecta as mulheres idosas (43% estavam viúvas, contra somente 14% dos homens). No conjunto, a maioria dos indivíduos com mais de 64 anos era casada (60%), com 31% de viúvos, 7% de solteiros e 2% de divorciados. Para efeitos comparativos pode-se assinalar que o panorama global era praticamente igual na

²³ Para uma análise mais detalhada da situação quanto à coabitação, bem como outros dados mais recentes ver também B.3.3.1.

²⁴ Justificando o retomar da sua análise na rubrica dos determinantes do ambiente social/B.3.3.1.

²⁵ Assinale-se que os dados incluídos nesta publicação referem-se ainda a resultados provisórios dos Censos de 2001.

vizinha Espanha – mas diferente por exemplo na Finlândia, sobretudo em termos da percentagem de casados, que só chegava aos 48%, e dos divorciados, que atingia os 9%. De acordo com o projecto FAMSUP nas últimas décadas do séc. XX aumentou a proporção de idosos casados, reflectindo sobretudo um acréscimo na percentagem de mulheres casadas, tendência particularmente acentuada no sul da Europa, que reflectirá em parte o aumento na esperança de vida e consequente sobrevivência de ambos os cônjuges até idades mais avançadas (Tomassini, *et al.*, 2004) e que deverá manter-se nas primeiras três décadas deste século (Felicie, 2006a).

B.1.3. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

• **Educação:** Este é, tal como se afirma no ECHI-2, “*one of the most clear-cut elements of SES as a determinant of health*” (2005, Annex 5, p. 9) – sendo igualmente recomendado aí, como na generalidade da literatura, a sua utilização enquanto estratificador de ESE (ou Posição Socioeconómica/PSE, cf. Cap. 2-B.2.3.1). A distribuição da **população por nível de escolaridade** é, em particular, um dos indicadores proposto no ECHI-2 para integrar a lista específica para idosos. Este é um domínio de reconhecida fragilidade em Portugal, especialmente agravado entre as gerações mais velhas (tabelas e gráficos 06-V-A8): segundo os censos de 2001, 1/3 dos portugueses de 65+ anos não frequentou sequer a escola e 1/5 adicional fê-lo sem chegar a completar o ensino primário, significando que a maioria da população desta idade (54%) não tem quaisquer qualificações escolares. Os que as têm não passaram em geral do 1º ciclo (32%), não chegando aos 7% os que atingiram níveis superiores ao 3º ciclo/9 anos de escolaridade. São porém assinaláveis as diferenças entre homens e mulheres, com 62% de idosas sem diploma escolar e somente 12% com escolaridade além do 1º ciclo. Este panorama melhora nas gerações mais novas, em especial no que toca à proporção de pessoas sem qualificações, favorecendo pois as perspectivas, quanto aos futuros idosos (v.g. Felicie, 2006a). Ainda assim, convém lembrar que mesmo entre as pessoas na faixa dos quarenta anos, à data dos censos de 2001, eram uma minoria as que tinham mais do que o ensino primário/1º ciclo (gráfico 06-V-A8). Tal situação é claramente distinta da de outros países da EU15, como ilustram os dados do gráfico em 06-V-A8, revelando que mesmo a vizinha Espanha apresenta níveis de escolaridade mais elevados que Portugal nos vários escalões etários - embora bastante aquém dos de países do norte da Europa, como a Dinamarca, em que quase ¾ da população idosa frequentou pelo menos o 3º ciclo (Eurostat, Censos 2001).

Não se dispõe de dados sobre a **literacia** dos idosos portugueses, sendo de salientar que estudos transnacionais como o IALS excluem a população com mais de 65 anos. No entanto, atendendo aos particularmente baixos níveis de escolaridade desta faixa etária, a que acresce a indicação da investigação internacional de uma tendência para diminuição da literacia com idade (ver Cap. 2-B.2.3.3), afigura-se muito provável que neste grupo a situação seja ainda agravada face à observada para a generalidade da população portuguesa. Ora esta, de acordo como os dados do Estudo Nacional de Literacia e do IALS, “*caracteriza-se, essencialmente, pelo facto de a esmagadora maioria da população evidenciar competências de literacia muito reduzidas*”, sendo que “*o Nível 1 de literacia, onde se incluem as pessoas cujas competências são de tal forma escassas que, quando muito, lhes permitem resolver apenas tarefas elementares de leitura, escrita e cálculo, é o perfil dominante na população portuguesa*” (Ávila, 2005, p. 202).

Quanto a indicadores de participação em **aprendizagem ao longo da vida** são – significativamente... – escassos, com os dados do Eurostat e o Adult Education Survey/AES, por exemplo, a cingirem-se à população até aos 64 anos. A informação disponível sugere que a participação dos idosos portugueses será residual. Nomeadamente em termos de frequência de educação formal: 0,4% da população de 65+ anos estava a frequentar qualquer nível de ensino, de acordo com os censos de 2001, sendo que mais de metade dessas pessoas (3.525) frequentavam o 1º ciclo (INE, Censos 2001). Mas também noutro tipo de programas: por exemplo, a participação de pessoas de 60 + anos, em 2001, em “cursos de línguas ou outros de educação de adultos” revela-se, em Portugal, a mais baixa (0,1%) dos 9 países europeus registados (dados do ECHP em EUSI). Esta reduzida participação é de resto expectável dado que, como

salienta, P. Ávila “os menos escolarizados, os que se situam nas posições mais desfavorecidas da hierarquia social, e também os mais velhos, são, em qualquer país, os que mais se encontram afastados dos processos de aprendizagem na idade adulta” (ob. cit., p. 310). A própria percepção dos idosos sobre as oportunidades de aprendizagem (no sentido mais lato de “aprender coisas novas”) tende a confirmar a sua escassez (só 1/3 considera ter tais oportunidades), bem como fortes desigualdades, mesmo dentro deste grupo etário, associadas quer ao nível escolar prévio, quer ao rendimento (ESS3, Fig. 47-V-A8 e outros dados – discutidos em B.3.1.2).

Quanto à *associação com Saúde/BE*, a análise efectuada no âmbito do Cap. 4, confirmou que, também entre os idosos portugueses, o nível de escolaridade se associa a fortes e significativas desigualdades em resultados globais de saúde e bem-estar (e.g., gráfico 04a-IV-A7 e tabela 07-IV-A7)²⁶.

Reforçou-se assim o interesse de estender a análise das desigualdades, por nível educacional, ao conjunto dos resultados e determinantes da saúde a abordar no Perfil. Tal é feito sempre que os dados o permitem – sendo que, no caso específico dos indicadores retirados do ESS3, os elementos para uma análise das desigualdades associadas ao nível de escolaridade são apresentados conjuntamente no Quadro 01-V-Anexo 9 -, com o respectivo comentário incluído na discussão do indicador/tema em causa. Não se justificando a sua repetição, basta referir que desde factores de cariz social/interpessoal, até afectos positivos e negativos, passando por outros estados e características psicológicas ou comportamentos de participação cívica, muitos são os factores que revelam significativas variações de prevalência associadas ao nível de escolaridade. A importante desvantagem, em “várias frentes”, em que se encontram as pessoas com baixas qualificações - mesmo, como foi o caso na análise do ESS3, quando comparadas simplesmente com aquelas que têm mais do que o nível básico de ensino/ISCED 1 (i.e., mais de 6 anos de escolaridade) - sublinha as gravosas implicações para a saúde dos reduzidíssimos níveis de escolarização dos idosos portugueses.

● **Actividade e situação económica:** Da população idosa portuguesa, segundo os Censos de 2001, como seria expectável, só uma pequena parte, cerca de 90.000 indivíduos (5,3%) mantinha **actividade económica**, proporção que se torna residual (1,8%) depois dos 74 anos de idade (tabela 07-V-A8). As taxas de actividade económica por grupo etário do Eurostat indicam, por outro lado, que entre as pessoas de 65 e mais anos em Portugal esta taxa é muito elevada face aos valores europeus - mais do quádruplo da média da EU15, em 2006, e uma das mais elevadas entre os países desta região -, tendo na última década sofrido um ligeiro aumento, seguido de uma contracção, tanto para homens como para mulheres, nos anos mais recentes (gráficos 07-V-A8). Por sua vez, e ainda de acordo com a mesma fonte, a idade média de **saída do mercado de trabalho** em Portugal é também uma das mais tardias da EU15, ficando em 2007 pelos 62,6 anos (depois de já ter chegado a 63,1 em 2005), por contraponto aos 61,5 estimados para a EU15 (tabela e gráfico 07-V-A8). Enquanto na Europa dos 15 a tendência dominante nos últimos anos é a de um ligeiro aumento deste valor, em Portugal a evolução parece ser mais errática; merecerá referência o facto de, nalguns dos anos analisados, a idade de saída do mercado de trabalho das mulheres portuguesas ser superior à dos homens, situação que nunca ocorre na média da EU15. Outro indicador do Eurostat, baseado no EU Labour Force Survey, revela ainda ter Portugal também uma taxa de emprego de trabalhadores idosos (55-64anos) bastante superior à europeia: 51%, em 2007, sendo a média da EU15 46,5% nesse ano, com uma diferença ainda mais notória no que toca às mulheres dessa faixa etária (44% em Portugal e 38% na EU15)²⁷. De acordo com o módulo *ad hoc* do Inquérito ao Emprego de 2006 - “Transição da Vida Profissional para a Reforma”, entre os portugueses de 50 e 69 anos, mais de ¾ dos que ainda trabalhavam apesar de ter pensão de reforma ou direito a ela, faziam-no, por razões de ordem financeira, sendo só 23% os que alegavam outros motivos para continuar a vida

²⁶ Por exemplo, entre as mulheres idosas - grupo em que estas iniquidades são especialmente acentuadas -, as que não obtiveram qualificações escolares têm “saúde má” com quatro vezes mais frequência do que as que fizeram mais que o ensino básico (prevalências de respectivamente 46% e 11%, correspondendo a RF=4,3 e OR = 7,1 - IC 95%: 2,1-24,2); e nos idosos portugueses em geral a prevalência de bem-estar elevado é cinco vezes maior no grupo mais escolarizado (20%, por contraponto aos 4% nos sem escolaridade).

²⁷ Eurostat, datasets (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>), em 14.11.2008.

profissional (INE, 2007a). Em contrapartida, entre os que passaram à reforma depois dos 50 anos, o principal motivo foi o atingir da idade obrigatória (46%), embora 1/5 o tenha feito por doença e invalidez (20%) e quase 1/4 por razões diversas (desemprego, prestação de cuidados, etc.); sublinhe-se que só 1/10 dos inquiridos se teriam reformado por reunir condições financeiras favoráveis para tal, uma situação aliás bem mais frequente entre os homens (14%) do que nas mulheres (6%) (*idem*)²⁸.

Apesar da tendência de prolongamento da actividade laboral, à data dos últimos censos o principal meio de vida para a enorme maioria das pessoas idosas (89%) era a pensão/reforma, com uma pequena parte (4% do total de 65+ anos - mas 9% dos com menos de 70 anos) ainda contando sobretudo com os rendimentos do trabalho (situação mais frequente para os homens e até aos 70 anos) e outra parte, equivalente, mas neste caso quase exclusivamente composta por mulheres, a cargo da família (em que avultarão, pode-se supor, as “domésticas”) (Fig. 08-V-A8). A importância das pensões no rendimento monetário médio dos idosos portugueses é também confirmada pelo Inquérito às Despesas das Famílias 2005/06 – INE (agregados de 1 e 2 idosos – Fig. 08-V-A8)

Ora e, embora as despesas em Portugal com as pensões, em proporção do PIB, segundo o EUROSTAT-ESSPROS, tenham vindo a crescer sobretudo a partir de 1999, atingindo em 2004 um valor equivalente à média da EU15 (12%), os montantes auferidos por um grande número de pensionistas são ainda muito baixos (tabelas e gráficos 09-V-A8). Destaque-se em particular o valor da pensão no regime não contributivo (Pensão Social): 181,91€ mensais em 2008, sendo que mesmo o mínimo no regime geral, para quem contribui 31+ anos é, nessa data, de 363,81€/mês. Nos montantes médios efectivamente pagos, importa destacar as grandes diferenças entre homens e mulheres: assim, por exemplo, no primeiro semestre de 2007, enquanto os primeiros receberam em média 449€/mês de pensão de velhice, as mulheres auferiram menos de 2/3 desse valor (272€/mês).

É pois inevitável que a situação económica deste grupo populacional em Portugal, presente, de acordo com diversos indicadores, acentuadas fragilidades.

Os rendimentos médios que, no nosso país, ficam já bastante aquém dos valores da EU15 (mesmo avaliados em *PPPs/Purchasing Power Parities*), sofrem uma quebra na população com mais de 64 anos, com valores anuais por adulto equivalente, em 2006, de 8.116€ de rendimento médio e 6.029€ de rendimento mediano no conjunto deste grupo etário (com valores tendencialmente mais baixos para as mulheres e para os mais velhos) (dados do Eurostat incluídos em gráficos e tabelas em 08-V-A8 e 11-V-A8).

Assim em Portugal os idosos continuam a ser um grupo com um elevado risco de pobreza²⁹ (tabelas e gráficos 11-V-A8): mais de um quarto (26%) dos portugueses de 65+ anos encontravam-se, em 2006, abaixo do limiar de pobreza. Embora seja de valorizar a continua melhoria da situação observada ao longo da década anterior (em 1997 a taxa de pobreza neste grupo era da ordem dos 37%), trata-se ainda assim de uma proporção bastante mais elevada do que os 18% observados para a generalidade da população nacional ou os 20% de idosos afectados no conjunto da UE15. Mais acentuadas são ainda as diferenças internacionais quando se considera o indicador de pobreza persistente (i.e., pessoas que se encontravam já em situação de pobreza em 2 dos 3 anos anteriores), pois, com dados de 2001, esta taxa entre os idosos portugueses era o dobro da média europeia no mesmo grupo etário. Assinale-se que, para a redução observada na pobreza neste grupo etário, parece ter tido um efeito importante o aumento de pensões (em 1996, após as pensões, a taxa de pobreza era ainda de 38%, sendo em 2006 de 31%), mas outras transferências sociais são também relevantes (reduziam a pobreza só 2 pontos percentuais em 1996, enquanto em 2006 contribuem com 5%), sublinhando assim o papel crucial das políticas sociais na progressiva resolução deste problema.

²⁸ Atente-se ainda que cerca de metade do universo considerado trabalhou mais de 40 anos (proporção que nos homens ascende aos 57%) (INE, 2007a).

²⁹ Adopta-se o limiar de pobreza recomendado pela UE e pelo ECHI-2 (2005), considerando em risco de pobreza os agregados com rendimento abaixo do valor correspondente a 60% da mediana do rendimento por adulto equivalente do país.

Importa ter presente que os valores médios quer de rendimento, quer de risco de pobreza ocultam disparidades importantes entre diversos subgrupos de idosos portugueses. Comentaram-se já diferenças de rendimento ao nível de género. Por sua vez, o mapa de distribuição das pensões a nível concelhio, elaborado pelo ISS (incluído em 10-V-A8), ilustra claras assimetrias geográficas³⁰ (genericamente mais favoráveis às zonas do litoral centro e norte). O risco de pobreza aumenta ainda notoriamente com a idade: entre as pessoas de 75 + anos a taxa de pobreza sobe para 32%. Os dados de 2006 confirmam também a observação que Gonçalves e Silva (2004) faziam com base no IOF- 2000, quanto à particular fragilidade económica em que tendem a estar os agregados familiares constituídos por um idoso(a) a viver só: com um rendimento monetário anual médio da ordem dos 6.651€ (menos de dois terços do que auferem os adultos não idosos que vivem também sós) as taxas de pobreza neste grupo atingem os 40% (Fig. 11-V-A8).

Mesmo assim as **desigualdades globais na distribuição do rendimento** entre a população idosa portuguesa (S80/S20 - 6,0³¹) eram um pouco menos marcadas do que as que globalmente afectam a sociedade portuguesa (S80/S20 - 6,8) – estas últimas as piores da Europa dos 15, onde em 2006 o valor médio era 4,7 e a melhor situação, a da Dinamarca, ficava pelos 3,4 de razão S80/S20 (gráfico e tabela 11-V-A8). Acrescida preocupação resulta ainda da ausência de melhoria e possível tendência de agravamento de tais desigualdades, indiciada quer pelo S80/S20, quer pelo coeficiente de Gini: a “concentração de rendimento” medida por este indicador³², que, de acordo com o Eurostat, era já alta em Portugal em 1996 (36), acentuou-se em 2006 (38), ficando muito acima da média europeia (29). Em termos de evolução futura, haverá ainda que atender ao alerta, expresso na revisão de evidência promovida pela IUHPE, para o risco no que toca especificamente à população mais velha: *“differences are expected to widen even further in future elderly cohorts, reflecting current trends in employment, early retirement, pension scheme coverage and welfare provision”* (Fletcher et al., 1999, p. 15).

Para além dos indicadores de rendimento, outros reforçam igualmente a situação de precariedade que afectará muitos dos idosos portugueses. Assim, por exemplo, de acordo com o IDEF 2005/2006 (tabela e gráficos 12-V-A8, na **estrutura das despesas com consumo** nos agregados portugueses em que o representante tem 60 ou mais anos destaca-se o peso assumido em 2005 pelas despesas com a habitação (31%) e alimentação (18%), maior do que o observado nos agregados equiparados na EU15 ou nos agregados com representante não idoso em Portugal. De sublinhar, ainda o impacte desproporcionado que as despesas de saúde têm nestes agregados no nosso país (10%, quando a média europeia fica pelos 4%). Por outro lado, a importância relativa das despesas básicas com a habitação (mas também com a saúde) agravou-se desde 1999 nas famílias com representante idoso em Portugal, com um decréscimo, em contrapartida do peso da alimentação. As despesas com vestuário e transportes, por exemplo, mais baixas que noutros grupos etários, sofreram também relativa contracção adicional.

Um outro indicador do EB 56.1 (disponibilizado no site EUSI) confirma que, em Portugal, já em 2001 quase 1/5 dos maiores de 64 anos tinha sérias **dificuldades em assegurar o pagamento** das despesas básicas – enquanto que no conjunto da EU-15 só 2,4% dos idosos se encontrava nessa mesma posição, e em Espanha por exemplo, esse valor não excedia o 1,1%.

A gravidade dessa situação será acentuada pela constatação de que mais de 1/3 da população dessa faixa etária em Portugal não dispunha de ninguém fora do agregado familiar a quem possa **recorrer para ajuda económica** numa situação de dificuldade (EB 56.1 – 2001, no site EUSI). Outros aspectos de privação não monetária são também relevantes, sendo alguns eles abordados noutras rubricas do perfil.

³⁰ Este trabalho aliás, criando uma “Tipificação das Situações de Exclusão em Portugal Continental” a partir da análise de um conjunto diversificado de indicadores concelhios, permitiu distinguir seis grandes tipos de territórios. Entre eles os “Territórios envelhecidos e desertificados” e os “Territórios envelhecidos e economicamente deprimidos”, ambos zonas com expressiva desertificação e elevada proporção de pensionistas e de idosos (a viver sós ou, no segundo caso, com os netos), onde a importante privação económica, com percentagens de poder de compra que são das mais baixas do país, se associa a outras dimensões de exclusão (ISS, 2005).

³¹ Este indicador, incluído no ECHI-2 (2005), mostra a relação entre quintis extremos de rendimento, significando, no caso em presença, que os 20% de população idosa que tem mais baixos proventos auferem cerca de 1/6 do rendimento anual dos que estão no quintil superior.

³² O Coeficiente de Gini assume valores entre 0 e 100 (este último correspondendo à situação máxima de desigualdade em que todo o rendimento se concentra num único indivíduo).

Tais dados de caracterização implicam pois que o **impacte na saúde das condições económicas** em que vivem os idosos portugueses se torna uma questão de incontornável importância, quer na perspectiva da pobreza como reconhecido determinante da saúde – problema que como se viu atinge uma extensa parte desta população -, quer na óptica do gradiente potencialmente associado às significativas desigualdades socioeconómicas observadas na sociedade portuguesa em geral e, também, dentro deste grupo etário. Os dados analisados em vários tópicos do Perfil, bem como o Cap. 4 (e.g., gráfico 04.a-IV-A7 e quadro 07-IV-A7), sustentam claramente a extensão para o caso português da evidência encontrada noutros países (cf. Cap. 2-B.1.2 e B.2.3.1), de uma relação consistente entre o rendimento e resultados e determinantes de saúde e bem estar dos idosos. Esta *associação da Saúde/BE* com o rendimento na população idosa nacional pôde ser mais sistematicamente analisada para os indicadores do ESS3-2006 – dados reunidos no quadro 01-V-Anexo 9³³. Não se justificando repetir aqui a discussão que é detalhada noutros pontos do Perfil, mencione-se somente a título ilustrativo que a prevalência de acentuados afectos negativos é 4 vezes maior entre os idosos com muitas dificuldades financeiras do que entre aqueles que não as experimentam. Muitos outros factores pertinentes para a saúde revelam também relação com o rendimento – incluindo aspectos que não são os mais obviamente dependentes de recursos materiais: como a percepção de autonomia/controle, o optimismo, a frequência de convívio ou o medo de ser vítima de crime violento.

³³ Nesta análise o principal estratificador de rendimento utilizado é um indicador subjectivo – cf. discussão em Cap. 4.

B.2. ESTADO DE SAÚDE e outras dimensões globais

A presente secção procura caracterizar dimensões de saúde e bem-estar dos portugueses de 65 + anos que constituem resultados de saúde e demais impactos globais de interesse numa perspectiva de promoção da saúde desta população. Operacionaliza variáveis, discutidas no Cap. 2 como possíveis objectivos/ finalidades últimas de PromS65+ e exploradas do ponto de vista de idosos nacionais no Cap. 3, e reúne dados quantitativos sobre a sua prevalência e distribuição actual, pretendendo assim contribuir para identificar áreas de maior potencial e/ou prioridade em termos de ganhos de saúde em Portugal. Dando continuidade à análise aprofundada no Cap. 4, a atenção a desigualdades sociais nesses resultados – em si mesmo uma dimensão a visar em qualquer intervenção PromS - é abordada de modo transversal, variável a variável, sempre que os dados o permitem.

B.2.1. TAXAS DE MORTALIDADE, ESPERANÇA DE VIDA E ESPERANÇA DE SAÚDE

As **taxas de mortalidade** (brutas e padronizadas) são indicadores incluídos no sistema europeu ECHI e seleccionados para inclusão quer na “lista breve”, quer no conjunto de indicadores mais relevantes para a saúde dos idosos (ECHI-2, 2005). Dados da HFA-MDB (base de dados de Mortalidade da OMS – Europa) (Fig. 16-V-A8) revelam que Portugal em 2004 apresentava taxas de mortalidade estandardizada aos 65 anos (4.349 por 100.000 hab.) – como também para a população total ($674 / 10^5$) - superiores à média da EU15 (respectivamente 3.977 e $610 / 10^5$). Nessa data, aliás, só a Irlanda apresentava piores resultados na mortalidade dos homens idosos; já no que concerne às mulheres de 65+ anos, 3 países tinham taxas mais desfavoráveis que as portuguesas. Será em todo o caso de destacar que os valores têm vindo a evoluir de forma positiva, decrescendo pelo menos desde 1980 a um ritmo que permitiu reduzir a diferença mais acentuada que então existia face aos valores médios europeus, e tirou Portugal da posição de Estado-membro com a maior mortalidade masculina e feminina depois dos 65 anos, constatada no relatório “The health status of the European Union” (EC, 2003b, p. 11).

A **esperança de vida** (EV) é outro indicador básico de estado de saúde dos idosos, como confirma a sua inclusão na respectiva lista de indicadores do ECHI-2 (integrando também a “lista breve”). As tabelas e gráficos 13, 14-V-A8, incluindo dados de diversas fontes, mostram a evolução entre 1995 e 2005/06 da EV à nascença e aos 65 anos. Em Portugal, como na Europa em geral, ambos os valores aumentaram progressivamente ao longo deste período. Quanto à EV à nascença, o ritmo de melhoria em Portugal foi maior que o da média da EU15, permitindo reduzir o diferencial do nosso país face a esses valores médios, mas mesmo assim, os homens portugueses continuam a ter a mais baixa EV à nascença da EU 15 (75,5 anos em 2006), sendo a EV para as mulheres, superior à dos homens em quase 7 anos (82,3 anos em 2006), menos desfavorável no contexto europeu³⁴.

Quanto à EV aos 65 anos, indicador mais relevante para a população idosa, verifica-se igualmente que o ritmo de melhoria da situação portuguesa, no período em causa, não evita que o nosso país continue não só abaixo da média da EU15 como também da EU25 - pelo menos em 2004, último ano para o qual foi obtido tal valor médio, cifrado em 16,6 anos para os homens e 20,2 anos para as mulheres idosas da EU25. Esses eram aliás precisamente os anos de vida expectáveis também para os portugueses com 65 anos, mas só em 2006, a mais recente data disponível. Tais valores implicam que, nesse ano, os idosos em Portugal tinham das mais baixas EV no quadro da EU15, sendo que, em média, as mulheres podiam contar com menos 2,4 anos de vida e os homens com menos 1,6 anos por comparação com os seus congéneres franceses (os com melhores resultados na EU15, face aos dados disponíveis para 2006). Mesmo uma aproximação aos valores dos vizinhos espanhóis (os segundos nesse *ranking*), significaria para os portugueses de 65 anos um ganho de 1,8 e 1,3 anos de vida, respectivamente para mulheres e homens.

³⁴ A comparação com a EV em cada um dos outros Estados-membros em 2006, resulta da consulta aos dados disponibilizados no Eurostat (tabelas e gráficos de “Life expectancy at birth”, e “Life expectancy at age 65” consultadas em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/>, em Agosto 2008, e não incluídas).

As **esperanças de saúde/health expectancies** – são medidas que pretendem complementar as anteriores, avaliando se o aumento da longevidade se traduz num acréscimo de tempo de vida saudável ou não, a partir da divisão da esperança de vida em períodos passados em diferentes estados de saúde (v.g., Jagger, EHEMU, 2006). Há pois, potencialmente, tantas medidas de esperança de saúde quantos os indicadores de saúde que se queiram considerar. A esperança de vida sem incapacidade (EVSI)/*disability-free life expectancy* é um dos tipos de medida mais frequente, tendo a União Europeia recentemente adoptado, como parte dos indicadores estruturais relativos à Estratégia de Lisboa, precisamente uma medida desta natureza: os *Healthy Life years* (HLY)/Anos de vida saudável, resultantes da combinação de dados de esperança de vida e de limitação de actividade de longa duração (cf. Portal de Saúde Pública da UE e Eurostat). Outros dois indicadores de saúde, igualmente incluídos no Minimum European Health Module (MEHM) e fazendo parte do instrumento estatístico europeu EU-SILC/*Statistics on Income and Living Conditions* (ver Anexo 10), permitem criar medidas adicionais de esperança de saúde, baseadas respectivamente na morbilidade crónica e na auto-avaliação de saúde (v.g., EHEMU, 2008). O ECHI-2, prevê também a utilização – e inclusive a integração na “lista breve” – de todos estes tipos de medidas compósitas de estado de saúde, assinalando adicionalmente a possibilidade de recurso a outros indicadores de esperança de saúde – incluindo a mais sofisticada *Health-adjusted life expectancy* /HALE, da OMS³⁵.

A European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU), entidade que visa apoiar a DG SANCO nestas matérias, observa que a Esperança de Vida sem Incapacidade/EVSI, calculada em HYLs, difere bastante entre os países da UE (mais do que a EV), tanto à nascença quanto aos 65 anos. Mais ainda, a sua evolução têm sido divergente: Jagger e equipa EHEMU (2006), confrontando a evolução da relação entre EVSI e EV aos 65 anos, no período de 1995-2003, constata que enquanto alguns países da EU15 parecem avançar no sentido de uma compressão da morbilidade, i.e., a proporção de anos livres de incapacidade tende a aumentar, noutros observa-se uma estagnação e, num terceiro grupo a tendência parece ser para a expansão da incapacidade (variação EVSI/EV% $\leq 5\%$). Portugal é, preocupantemente, um dos países que integra este último grupo, tanto no que concerne aos homens com às mulheres idosas, como se pode ver em 14-V-A8. Se no caso dos homens de 65+ parecem estar fundamentalmente em causa ganhos maiores na EV do que na EVSI, com 8,4 HYLs estimados para 2003 (quase os mesmos que 1995), mas representando agora 53% do tempo de vida, no caso das idosas portuguesas, é o próprio nº absoluto de anos de incapacidade que aumenta também. Assim, em 2003 a estimativa era de 7,7 HYLs (menos 2, 2 anos que em 1995), significando pouco mais de 40% da EV. Para ambos os sexos estes valores decaem ainda mais acentuadamente nos dois anos seguintes, os últimos com dados disponíveis – mas uma análise comparativa é problemática, já que o cálculo da incapacidade se apoia numa fonte diferente neste período final. Esta dificuldade ilustra aliás as reservas que convém ter na interpretação e, mais ainda, na comparação deste tipo de indicadores³⁶.

Mas se os limites à comparabilidade internacional dos HYLs leva a encarar com alguma incerteza a situação de Portugal como a pior entre os países da EU15 nessa relação entre HYLs e EV (obtendo aliás piores resultados até que a Estónia – cf., gráfico em 15-V-A8), os dados em termos de HALEs – como se viu, outro indicador de EVSI, que terá menores problemas de comparabilidade³⁷ – confirma que a

³⁵ Tratando-se de uma medida da mesma natureza, a HALE usa fontes de dados diferentes e métodos de cálculo de maior complexidade; traduz-se também no nº de anos de vida que se pode esperar viver sem incapacidade, sendo estes estimados com base na prevalência da incapacidade, ponderada em função da respectiva gravidade (v.g., EUPHIX, EUPHIX. Bilthoven: RIVM, <<http://www.euphix.org>> version 1.8, 5 June 2008).

³⁶ A EHEMU chama em particular a atenção para os limites à comparabilidade entre países. Por um lado, porque envolvem dados resultantes de medidas de saúde subjectivas, indicadores deste tipo estão sujeitos a variações que reflectem eventuais diferenças culturais entre países quanto à propensão para reportar problemas de saúde – ou ainda variações na tradução/interpretação das perguntas nos inquéritos nacionais. Por outro lado, de especial interesse no que concerne à população idosa é o facto da recolha desses dados relativos à situação de saúde não abarcar a população institucionalizada, tendendo a introduzir um enviesamento não só nos valores absolutos de saúde/ doença/ incapacidade em cada país, mas também, potencialmente, na comparação entre países, na medida em que estes têm em geral taxas de institucionalização diferentes. Finalmente é ainda de considerar diferentes padrões de (não-)resposta, podendo por exemplo nuns países esta ser maior entre os mais debilitados e noutros entre os mais activos (EHEMU, 2007).

³⁷ A OMS recorreu a várias estratégias com vista a maximizar a comparabilidade dos dados entre países, bem como para ter em conta a população institucionalizada, conforme assinala o Projecto Healthy Ageing na sistematização de

esperança de vida livre de incapacidade dos idosos portugueses fica, pelo menos, entre os valores mais baixos da Europa dos 15 (Fig. 14-V-A8). De facto, em 2002, os anos de vida de saúde plena que aos 60 anos os homens portugueses podiam em média esperar eram 14,9 (menos 2,2 HALEs que os mais saudáveis na EU15 – os suecos); as portuguesas da mesma idade podiam contar ainda com 17,7 anos nas melhores condições de saúde (quase 3 anos menos que o máximo de 20,4 HALEs, pertencente às francesas).

A diferença entre sexos, no tempo vivido sem problemas de saúde, é sempre desfavorável às idosas portuguesas, qualquer que seja o indicador de esperança de saúde considerado (cf. dados da EHEMU baseados no EU-SILC de 2005: gráfico 15-V-A8)³⁸.

Em síntese, a situação global ao nível da mortalidade/longevidade em Portugal é pouco favorável, se comparada com outros países da Europa dos 15 e mesmo face à UE mais alargada, indiciando margem para ganhos de saúde que poderiam ser da ordem dos 10% e 12% da EV aos 65 anos (respectivamente para homens e mulheres), se igualássemos os melhores resultados da EU15 em 2006. É, no entanto, de valorizar também a tendência para uma evolução positiva destes resultados observada na última década. Bem mais preocupantes são os dados dos indicadores de esperança de saúde, que pelo contrário são sugestivos de um evolução negativa da situação, a somar a resultados que no quadro europeu são também comparativamente desfavoráveis. Mesmo atendendo à reserva suscitada pelos reconhecidos problemas de comparabilidade destes indicadores, parece justificar atenção a mais reduzida proporção de tempo médio de vida gozado com saúde pelos idosos portugueses e, mais ainda, os indícios de que a esperança de vida sem incapacidade poderá estar a diminuir – sobretudo talvez entre as mulheres, em que o próprio nº absoluto de anos saudáveis/HYs estaria a contrair-se, apesar da EV continuar a aumentar.

Sabendo-se que na Europa são grandes as desigualdades socioeconómicas na esperança de saúde (v.g., Mackenbach, 2006), os dados disponíveis infelizmente não permitem analisar as desigualdades na distribuição destes indicadores em Portugal, excepto no que concerne ao género – onde o padrão é favorável às idosas para a EV mas penalizador destas em todos os indicadores de esperança de saúde. Relativamente à componente de incapacidade e saúde em geral procurar-se-ão elementos nos respectivos indicadores, a analisar noutros pontos do trabalho. No entanto, no que se refere à mortalidade/esperança de vida não se conhecem dados, no nosso país, discriminando resultados por grupo sociais que forneceriam informação importante sobre possíveis iniquidades na saúde dos idosos – à semelhança da que tem sido analisada em diversos estudos internacionais (v.g. Huisman *et al.*, 2004; Kunst *et al.*, 2001). Assinale-se aliás que esse é um dos indicadores de mortalidade recomendado pelo ECHI-2 (*“Inequality in deaths”*, requerendo dados estratificados por exemplo por nível de educação ou outro indicador de ESE), que não está pois disponível para Portugal.

B.2.2. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS - MORTALIDADE E MORBILIDADE

O ECHI-2 (2005) inclui, nos indicadores de caracterização do estado de saúde, uma lista de **causas específicas de mortalidade** que correspondem às 65 que integram a lista abreviada do Eurostat, acrescidas pontualmente de algumas outras; destas no entanto, só uma foi seleccionada para a lista específica da saúde dos idosos: a mortalidade associada (aos extremos de) temperatura.

Os dados incluídos na tabela 17-V-A8, contemplam algumas das principais categorias constantes na HFA-MDB, ordenadas por importância na população portuguesa de 65 e mais anos (ver também gráficos 18-V-A8). Destacam-se assim as doenças do aparelho circulatório que no seu conjunto foram responsáveis em 2004 por mais de um terço da mortalidade e, muito especialmente as doenças cérebro-vasculares (DCV) que não só é das causas específicas com maior taxa de mortalidade entre nós (812 por 100.000 hab.), como é francamente mais elevada que a observada no conjunto da Europa dos 15 (421 /10⁵). Precisamente o inverso do que sucede com a morte por doença isquémica cardíaca (DIC) bastante menos frequente

informação que fez sobre o tema “HALE at 60 years” (<http://www.healthyageing.nu/templates/Page.aspx?id=1214>).

³⁸ Assinale-se que indicadores de “Envelhecimento e Saúde em Portugal” recentemente publicados pelo ACS (Santana *et al.*, 2008), baseados em dados do INE e 4º INS, apresentam valores de EVSI em 2006 com valores algo distintos dos dados do SILC para 2004 e 2005 (gráfico 15-V-A8), mas padrão concordante.

entre os idosos portugueses (389 /10⁵) do que na EU15 em geral (617 /10⁵). Assinale-se, no entanto, que no que concerne à DCV a evolução nas últimas décadas tem sido extremamente favorável, com uma taxa em 2004 que corresponde a uma redução em 44% da de 1984; também a mortalidade por DIC tem sofrido redução, embora menos acentuada (-22%) e um pouco inferior à média europeia (-27%). A mortalidade por cancro, no seu conjunto, manteve-se em valores estáveis, não acompanhando a redução (-9%) conseguida no mesmo período na EU15; mas em qualquer caso a taxa em Portugal em 2004 era mais favorável do que a média europeia. Esta causa de morte destaca-se entre os homens idosos (1246 /10⁵) ultrapassando largamente em importância as DCV, ao passo que nas idosas portuguesas a taxa é menos de metade (588 /10⁵). Merecem talvez referência especial o cancro do cólon, cuja mortalidade tem estado a aumentar entre nós (12%, desde 1984) ao inverso do que sucede nos idosos da EU15 (-11%), e o cancro do estômago, que embora com uma clara redução no mesmo período continua a ser relativamente mais frequente em Portugal – em especial nas pessoas com 75+ anos, onde a taxa nacional fica acima do percentil 95 da distribuição na região (cálculos da OMS). Nos homens idosos importará atentar ao cancro da próstata, cuja taxa de mortalidade (215 /10⁵) se segue à do cancro do pulmão, mas que, ao contrário daquela, era em 2004 superior à observada na EU15 (194 /10⁵), desvantagem que se concentra nos homens com mais de 75 anos, subgrupo em que aliás constitui uma das mais importantes causas de morte (460 em Portugal e 397/10⁵ na EU15).

Um valor destacadamente elevado no quadro europeu (superior ao percentil 95), ocorre também para a mortalidade associada à diabetes (210/10⁵ – quase o dobro da observada na EU15 – subindo a 395/10⁵ no subgrupo de 75+ anos), às doenças geniturinárias e à SIDA/VIH. Fonte de preocupação adicional será ainda o facto de todas elas terem vindo a aumentar de forma acentuada nas últimas décadas.

Uma nota ainda para a pneumonia e a tuberculose, ambas com uma evolução positiva mas menos acentuada do que na EU15 em geral, sendo ainda causas de morte mais importantes entre os idosos portugueses do que nesses países (a pneumonia, p.ex., mata 505/10⁵ homens de 75+ anos em Portugal, contra 362 na EU15).

Em “Highlights on health in Portugal 2004” (WHO, 2006), uma análise do excesso de mortalidade por causas específicas no nosso país face a outros da região Europeia da OMS (os da EUR-A), para os vários grupos etários, torna ainda particularmente salientes para os homens idosos (sobretudo antes dos 75 anos) as mortes por causas externas, excedente que se ficaria a dever essencialmente a acidentes de trânsito e a homicídios.

Por sua vez os gráficos incluídos em 19, 20-V-A8 pretendem evidenciar os padrões muito distintos que tendem a estar associados a cada uma das causas de morte, quer na forma como evoluem, quer na importância relativa que assumem para vários grupos etários, quer ainda nas diferenças entre territórios – seja na comparação entre a EU15 e o nosso país, seja em termos das várias regiões de Portugal continental. São pois sugestivos do interesse de obter dados detalhados quando se pretenda fundamentar intervenções baseadas neste tipo de indicador.

Quanto à situação particular do excesso de mortalidade associada às temperaturas muito elevadas ou muito baixas, a informação obtida é só ilustrativa (síntese no quadro 21-V-A8) - mas parece justificar uma atenção futura à questão. Atesta de resto a importância deste fenómeno, o facto de ter sido recentemente acrescentado à “lista breve” do ECHI um indicador relativo ao “excesso de mortalidade por ondas de calor” (ECHIM, 2008). Relatórios disponibilizados pelo ONSA sobre os efeitos na mortalidade das ondas de calor que afectaram Portugal Continental no Verão de 2003 e, novamente, no Verão de 2006, estimam um excesso de mortalidade que ultrapassou em ambos os casos os mil óbitos no conjunto da população portuguesa (quase 2000, em Agosto de 2003) e afectou de sobremaneira as pessoas com 75 e mais anos. Estes dados revelam que na vaga de calor de 2003 o excesso de óbitos foi significativo em todos os grupos etários a partir dos 55 anos, mas concentrou-se sobretudo nos 75+anos (1742 mortes, 89% do total) (Falcão *et al.*, 2004). As estimativas preliminares referentes à situação de 2006 apontam também este grupo etário como o mais vulnerável, sofrendo cerca de 80% (898 mortes) do excesso de óbitos calculado (Paixão, Nogueira, 2006).

Quanto aos efeitos do frio, um estudo internacional efectuado por Healy (2003), observando a variação sazonal de mortalidade no inverno nos anos de 1988 a 1997, constata que Portugal tem o maior excesso de mortalidade na EU-14: 28% de aumento de óbitos no inverno, em média, no período considerado (representando cerca de 8800 mortes prematuras em cada ano), um valor que no conjunto dos 14 países europeus analisados se fica pelos 16%. Note-se que o 2º pior resultado ocorre também num país mediterrânico (Espanha, com 21% de variação sazonal, valor também obtido pela Irlanda) e o melhor se observa num país nórdico (Finlândia: 10%). Embora sem dados específicos para idosos, é de crer que estes sejam particularmente atingidos por esta situação de vulnerabilidade que parece afectar a população nacional.

- A observação das **causas específicas de morbilidade** é também recomendada pelo ECHI-2 (2005) como forma de caracterização do estado de saúde, sendo sugerida uma lista ampla de problemáticas como especialmente relevantes para caracterizar a saúde dos idosos.

O conjunto mais completo de dados relativos a doenças e sintomas crónicos que foi possível obter para a população portuguesa 65+ anos, não permite uma comparação directa com a informação de outros países, já que resulta do mais recente Inquérito Nacional de Saúde, conduzido em 2005/2006 pelo ONSA³⁹ (tabela 22-V-A8). No entanto, em 23-V-A8, incluem-se paralelamente gráficos extraídos dos dados preliminares do estudo europeu SHARE (Mackenbach *et al.*, 2005) que assinalam também a prevalência auto-reportada, em 2004, de várias doenças crónicas em pessoas idosas de 10 outros países europeus, podendo funcionar como termo de referência geral.

Outro aspecto que importa assinalar é a significativa divergência de resultados que, com frequência, se observa no confronto de fontes de dados diversas (inevitável até porque as definições dos itens muitas vezes não coincidem) – veja-se nomeadamente os dados sintetizados nas Fig. 24 e 26-V-A8 referentes a várias patologias e sintomas específicos. Convém além disso lembrar que, nestes estudos de grande escala, a informação sobre morbilidade é auto-reportada, i.e., assenta naquilo que o próprio indivíduo conhece e comunica sobre diagnósticos médicos – o que obviamente coloca problemas à fiabilidade/validade dos dados⁴⁰. Assim, por várias razões, não se justifica mais do que alguns comentários genéricos sob estes indicadores.

Observando o panorama geral de problemas crónicos estudados no 4º INS poder-se-á destacar que, como seria expectável, todos são mais frequentes nos idosos do que na população portuguesa geral (pelo menos quando se considera o grupo etário 65-74 anos, já que em idades mais avançadas algumas problemáticas decrescem⁴¹); além disso nas problemáticas em que há diferenças mais expressivas entre sexos, elas são desfavoráveis às mulheres. Entre as doenças físicas incluídas neste estudo, as mais frequentes na faixa etária mais velha são a doença reumática, a osteoporose e a diabetes, sendo que os cálculos renais ultrapassam também os 10% de prevalência no grupo de 65-74 anos.

Quanto à prevalência das doenças reumáticas, vai aumentando com a idade e afecta destacadamente mais as mulheres (no 4º INS, no subgrupo mais atingido, as idosas de 85 e + anos chega aos 54%; mas mesmo entre os homens de 65-74 anos, cerca de 1/3 padece desta doença). Assinale-se que os dados do *World Health Survey - Portugal* (WHS, 2006) são sugestivos de um claro gradiente socioeconómico no diagnóstico de osteoartrite para a população portuguesa em geral (de 8% no quintil de mais alto

³⁹ Infelizmente, como sucede também para os restantes indicadores retirados deste Inquérito, a análise fica restringida aos aspectos e cruzamentos contemplados nas tabelas divulgadas pelo INE (INSA/INE, 2007b), uma vez que não houve acesso à base de dados. Não é assim possível abordar questões como as desigualdades sociais nos resultados de saúde ou outros aspectos envolvendo análise de relações entre indicadores.

Outro aspecto que importa lembrar é que, tratando-se em muitos casos de problemas de saúde sem cura, os comentários no texto tendem a referir-se a estes dados como se de prevalências actuais se tratasse – no entanto a informação disponível é sobre se o indivíduo considera que “tem ou já teve” o problema em causa.

⁴⁰ Em todo o caso, tem sido assinalado, a partir de estudos que comparam a informação auto-reportada sobre doenças crónicas com as histórias clínicas, que aquela revela bastante exactidão para algumas doenças (como as doenças cardíacas, cancro e diabetes), embora para outras a coincidência seja reduzida (e.g., artrite, osteoartroses de joelho e anca e doenças nervosas) (Dalstra *et al.*, 2005).

⁴¹ Será aqui oportuno lembrar, em todo o caso, o provável viés subjacente a inquéritos que – como este – não abrangem as pessoas institucionalizadas, já que essas situações (especialmente frequentes nas idades mais avançadas) tendem a congregar casos com mais graves problemas de saúde.

rendimento, sobe até 33% no quintil mais baixo). O rendimento e a educação revelam-se também importantes preditores do reumatismo/artrite em vários países europeus em estudos como o SHARE (Avendano *et al.*, 2005) e o Special EB 186/59.0 (EORG, 2003b).

Nesse Eurobarómetro, dados para a população de todas as idades, apontam Portugal, em 2002, como o país da UE15 de mais elevada incidência desta doença (38%, quando a média europeia é 22% e o segundo pior resultado, da Itália, fica pelos 28%); os dados do SHARE para os mais idosos, em vários países da Europa, embora não directamente comparáveis com os estudos nacionais, são também sugestivos de uma menor prevalência média do que a observada entre nós nessas faixas etárias (gráfico 23-V-A8).

A diabetes apresenta genericamente o mesmo padrão: valores mais altos em Portugal do que em qualquer dos outros países da EU15 na população geral (S-EB 186 - gráfico 23-V-A8)⁴², e possivelmente também entre os mais velhos (dados SHARE e 4º INS - gráfico 23-V-A8); significativas desigualdades associadas ao rendimento e educação em diversos países europeus (para o conjunto das idades, na EU15, segundo o citado S-EB 186 e nos idosos dos 10 países estudados no SHARE, com ênfase para as mulheres), desconhecendo-se porém a situação específica entre os idosos portugueses⁴³. Trata-se também de uma patologia cuja frequência, entre nós, aumenta com a idade, mas só até à faixa etária de 65-74 anos (18%, em 2005/06 - 4º INS), observando-se depois uma tendência de estabilização/ redução da prevalência, que depois dos 84 anos é de 10% (Fig. 22-V-A8). Um aspecto distintivo face a outras patologias é não apresentar diferenças significativas por sexo. Em termos de evolução, houve algum aumento de prevalência no 4º INS, face aos dados de 1998/99 (máximo no grupo etário 75-84anos em que subiu 4 pontos percentuais - mais de 30%).

Já a osteoporose, uma doença crónica tipicamente das mulheres idosas, atingindo mais de 1/4 das portuguesas depois dos 65 anos (4º INS -2005/06), poderá também ter prevalência maior em Portugal do que noutros países (SHARE 23-V-A8) embora não se disponha de dados directamente comparáveis; desconhece-se igualmente informação quanto à sua distribuição socioeconómica. Uma das consequências mais importantes da osteoporose é o risco acrescido de fracturas, de que é exemplo a fractura do colo do fémur, um problema que os Médicos Sentinela acompanharam no ano de 2005, estimando uma incidência nacional de 153/10⁵ nas mulheres de 65-74 anos, que sobe para 708/10⁵ nas com mais de 74 anos – taxas no seu conjunto quase 6 vezes superior às masculinas (Médicos-Sentinela, 2007).

Algumas outras doenças, ainda que de prevalência bastante menor, merecem menção pela sua gravidade. O cancro, por exemplo, cuja incidência aumenta tendencialmente com a idade e que, cujas taxas totais, de acordo com a escassa informação obtida (tabelas e gráficos 25-V-A8), não se distinguirão muito nos idosos portugueses por comparação com outros países. Em todo o caso, e com referência a tipos específicos de cancro que se destacaram ao nível da mortalidade, embora não dispondo de elementos específicos para os idosos, serão interessantes algumas observações fundamentadas na base de dados Globocan 2002, IARC (Ferlay *et al.*, 2004). Tais dados revelam que a incidência do cancro do cólon no conjunto da população portuguesa seria até um pouco inferior à de outros países do Sul da Europa, como a Espanha ou a Itália – mas as taxas de mortalidade que se lhe associam é que são maiores entre nós. Já no cancro do estômago e próstata a incidência global em Portugal é maior que em qualquer dos outros 10 países da Europa do sul contemplados na base de dados; o oposto se passa com o cancro do pulmão, cuja incidência, embora importante, é das mais baixas da região.

Em contrapartida, há sintomas que, não sendo necessariamente graves do ponto de vista médico, importa destacar pela sua frequência e/ou consequências tendencialmente severas para a qualidade de vida.

⁴² Os dados divulgados no EUPHIX, - correspondendo a estimativas da IDF/International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Third Edition. Brussels: IDF, 2006 – não confirmam isso, com prevalências de Diabetes Tipo 1 e 2 diagnosticado e não diagnosticado para a população total portuguesa abaixo da média europeia; tais valores, no entanto, são estimativas baseadas em informação de Espanha, por não existirem dados recolhidos no nosso país.

⁴³ O estudo MOCECOS, investigou em Portugal a relação da prevalência de diabetes com o nível de instrução nos idosos, encontrando porém tendências pouco claras: não sabe ler e escreve – 26%; ensino básico – 12%; ensino médio -26%; ensino superior – 19% (Branco *et al.*, 2001).

A dor, em particular, afecta com frequência as pessoas de idade avançada, sendo o sintoma crónico mais apontado no estudo europeu SHARE (com taxas superiores a 40%) e destacando-se também nos dados 4º INS, com prevalência (actual ou passada) que ronda 1/3 da população portuguesa com mais de 65 anos. Se estes dados se referem à dor crónica, outros estudos há que apontam valores mais elevados para os idosos em Portugal, com questões relativas à dor sentida na última semana ou mês (Fig. 24-V-A8). Um destes, o ECOS da Dor sugere que as dores lombares e as dos ossos e articulações serão as que mais afectam os idosos (estas últimas atingindo mais de 60% das pessoas entre os 65 e 74 anos) (Rabiais *et al.*, 2003). Só o WHS apresenta elementos quanto à distribuição da dor em Portugal em função do ESE – sugestivos de um gradiente prejudicial às pessoas de menor rendimento – mas referindo-se porém à população em geral. Noutros países europeus a dor crónica apresentava relação fraca mas significativa com o rendimento (OR 1,1) e um pouco mais forte com a educação (OR 1,25 e 1,36 respectivamente nas mulheres e homens com 50+ anos) (Avendano *et al.*, 2005). As mulheres são de forma geral mais atingidas que os homens.

A incontinência urinária é um problema também com potenciais repercussões importantes no bem estar dos mais velhos, mas sobre o qual não se obteve informação recente para Portugal – excepto a indicação de que, num estudo epidemiológico recente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, se verificou que o grupo mais afectado era o das mulheres entre os 60 e 79 anos, com prevalência superior a 25%, observando-se em todo o caso também uma proporção relevante de homens atingidos nos grupos etários mais avançados, com um prevalência de cerca de 22% nos indivíduos de 80+ anos (FCUP, notícia de 13.03.2008)⁴⁴. Nos países europeus abarcados no SHARE, este problema nas pessoas de 50+ anos apresentava relação tanto com o nível educativo como com o rendimento (neste último caso só significativa para os homens) (Avendano *et al.*, 2005), sendo que as prevalências máximas se registavam entre as mulheres de 80-89 anos (21%). Mais uma vez, embora não seja adequada uma comparação directa, parece possível que os valores nacionais sejam superiores aos de países congéneres.

Os problemas de sono são, a seguir à dor, os sintomas crónicos mais frequentes no SHARE, parecendo também bastante prevalentes entre os idosos portugueses (Fig. 24-V-A8), com mais de 1/3 com queixas moderadas a graves no mês anterior, segundo o WHS-Portugal⁴⁵. Preocupante é também a informação do 4ºINS de que mais de 1/5 das pessoas com 65+ anos tomara medicação para dormir, na última quinzena, seguindo prescrição médica.

Finalmente, para a caracterização da **saúde mental**, é possível recorrer a indicadores de diferentes tipos. No ECHI-2 (2005) incluem-se, por um lado, no âmbito da morbilidade, referências a doenças mentais específicas, sendo a depressão e a demência/Alzheimer destacadas no caso dos idosos. Há, por outro lado, uma secção específica sobre “saúde mental geral”, incluindo indicadores quer positivos (felicidade; bem-estar psicológico), quer negativos, sendo que, para a população idosa, só um destes últimos (sofrimento psicológico) é especialmente recomendado. Também o recente relatório sobre o estado de saúde mental na UE (EC, 2004), adopta indicadores semelhantes, estruturando uma caracterização em torno de três vertentes: duas de saúde mental negativa (sendo uma o diagnóstico de perturbações psiquiátricas e a outra o sofrimento psicológico) e uma de saúde mental positiva/bem estar. Tal corresponde, aliás, no essencial à proposta resultante de um projecto europeu sobre indicadores neste domínio (Korkeila *et al.*, 2003)⁴⁶.

⁴⁴ Publicada na internet em: http://sigarra.up.pt/fmup/NOTICIAS_GERAL.VER_NOTICIA?p_nr=867

⁴⁵ A relevância para a saúde de problemas a este nível, é sublinhada, por exemplo, em Ryff *et al.* (2004), atendendo às funções restaurativas e, possivelmente, protectoras de um sono de boa qualidade que a investigação tem assinalado - nomeadamente entre os idosos, para quem a (fraca) eficiência do sono pode inclusive ter efeitos em termos de risco acrescido de mortalidade.

⁴⁶ Em termos de estado de saúde mental os autores propõem 3 dos mesmos tipos de indicadores, sendo que, no que respeita à saúde mental positiva, às medidas de bem-estar subjectivo associam também medidas de recursos pessoais ou resiliência – que no presente trabalho são abordadas na secção dos determinantes (psicológicos) da saúde. Por outro lado, Korkeila e colegas, em complemento ao “estado de saúde mental”, consideram indicadores de

Com vista à caracterização da situação dos idosos portugueses nessas dimensões, e face à inexistência de um inquérito de morbilidade psiquiátrica de âmbito nacional, resta recorrer a estudos diversos que contêm elementos neste domínio, como sugere aliás o recente Relatório nacional relativo aos serviços de saúde mental (CNRSSM, 2007), com os inevitáveis problemas acrescidos de comparabilidade que daí resultam – aumentados ainda quando se procura um enquadramento na realidade europeia.

Para a demência, os dados de prevalência disponíveis resultam das estimativas da *Alzheimer Europe* (2006) que, com base em dois estudos (Ferri *et al.* e EURODEM) apontam um nº total de pessoas com este tipo de doença em Portugal, em 2005, rondando as 120.000 ou 130.000, o que corresponderia a 1,13% ou 1,23% da população residente, ficando assim ligeiramente aquém da prevalência média europeia obtida nos mesmos estudos – respectivamente 1,14% e 1,27% (Fig. 26-V-A8)⁴⁷. Como é característico deste tipo de doença, o número de afectados aumenta acentuadamente com a idade, tendo mais de metade dos doentes portugueses 80+ anos, ao passo que só 11 a 15% deles teria idade inferior a 70 anos. Não há dados de prevalência discriminados por outros estratificadores sociodemográficos para além do sexo – e, mesmo nesse caso, apesar de se poder observar que o número absoluto de doentes do sexo feminino suplanta os do sexo masculino a partir da faixa etária 70-74 anos, a inexistência de taxas de prevalência preclui conclusões quanto a um eventual risco diferencial associado ao género. A literatura internacional parece, de qualquer modo, genericamente inconclusiva quanto a essa questão (BURDIS, 2004).

No caso da depressão, tendo sido incluída entre os problemas de saúde estudados no último INS (2005/06), pode-se constatar que se situa entre as principais doenças crónicas dos idosos portugueses (Fig. 22-V-A8) – apesar das prevalências obtidas nesse inquérito serem bastante inferiores às decorrentes do WHS-Portugal, 2002/03 (Fig. 26-V-A8)⁴⁸. Embora se apresentem no mesmo quadro valores de outros países mediterrânicos, obtidos no SHARE, as diferenças metodológicas tornam, também aí, impraticável qualquer tentativa de comparação transnacional – de resto, já de si especialmente problemática no caso da patologia psiquiátrica (v.g. EC, 2004). Comum aos dois estudos nacionais – e em contradição com o observado no estudo SHARE – é a tendência para decréscimo da prevalência da depressão nos idosos de idade mais avançada. Este tipo de inconsistência tem sido comentado na literatura internacional, havendo em qualquer caso diversos factores que dificultam a interpretação de resultados desta natureza⁴⁹.

A análise das causas de morte por suicídio, relevante para problemática da saúde mental, confirma que em Portugal, como costuma acontecer na generalidade dos países, este é mais frequente nos grupos etários mais velhos, tendo os homens um risco muito superior ao das mulheres (tabela 17-V-A8 e gráfico 26-V-A8). O que parece, porém, digno de atenção especial é o facto de, em 2003/2005, o suicídio ser mais frequente entre os homens idosos portugueses (a partir dos 60 anos) do que nos seus congéneres da Europa dos 15 (e.g., 85+ anos: média EU15=66,4 p/ 10⁵ hab.; PT=84,7 p/ 10⁵ hab.). Tanto mais que esta situação resultará de um crescimento das taxas em Portugal, por comparação a 1994/1996, ao mesmo tempo que na EU15 o suicídio masculino nessas idades estava a diminuir (e.g., entre nós a mortalidade por esta causa teve aumento relativo superior a 50% nalguns subgrupos etários de homens idosos, desde

caracterização de aspectos que vão dos factores contextuais, predisponentes e precipitantes, às consequências – parte dos quais são igualmente abordados noutros tópicos do “Perfil”.

⁴⁷ Os valores indicados para Portugal serão subestimados, de acordo com a *Alzheimer Europe* (2006), por insuficiência de estatísticas populacionais para 94+ anos.

⁴⁸ Com operacionalizações bastante diferentes, que inviabilizam a comparação, esses resultados parecem mesmo assim bastante discordantes: enquanto o 4º INS, reportando-se a depressão passada ou presente, se fica por valores rondando 12% no grupo 65-74 anos (decrecendo para 6% após os 84 anos), o WHS, indagando sobre diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses, obtém frequências de 34% entre os 60-69 anos (baixando para 12% aos 80+ anos).

⁴⁹ Por exemplo, a menor frequência de depressão detectada nas idades mais avançadas pode reflectir a mortalidade acrescida que se associa a esta patologia, a eventualmente maior ocorrência de quadros atípicos entre os mais velhos, a “ocultação” em situações de demência ou o viés decorrente da não inclusão nos inquéritos da população institucionalizada (v.g., EC, 2004).

1994/1996)⁵⁰. Refira-se que se na UE se constata grande variação entre países nas taxas de suicídio (EC, 2004), também no interior do próprio território (continental) português o fenómeno apresenta assinaláveis diferenças regionais, francamente desfavoráveis ao sul do país (gráfico 20-V-A8).

Passando ao indicador “sofrimento psicológico”, que corresponderá à vertente de ‘morbilidade genérica’ (Korkeila *et al.*, 2003) ou de presença de sintomas de saúde mental negativa (v.g. EC, 2004), encontramos dois inquéritos que o estudam na população portuguesa, recorrendo à escala MHI-5⁵¹: o 4º INS, 2005/06 e o EB 58.2, 2002 (tabelas e gráficos 27-V-A8).

O 4º INS revela que, em Portugal, a prevalência de sofrimento psicológico é maior entre as pessoas idosas (máximo de 42,5% na faixa etária 75-84 anos), do que na população em geral, sendo, em qualquer idade, bastante superior nas mulheres (chegando a afectar mais de metade no grupo entre os 65 e 74 anos. Os dados do referido Eurobarómetro, analisados no relatório sobre o estado de saúde mental na UE (EC, 2004) introduzem uma dimensão comparativa europeia, permitindo observar que, por um lado, a população adulta portuguesa apresenta os segundos mais elevados valores de sofrimento psicológico dos 10 países incluídos (uma taxa de 29% - muito próxima da obtida no 4º INS). Confirmam, por outro lado, que não só o risco de sofrimento é entre nós significativamente maior depois dos 64 anos (OR 2,45), como essa vulnerabilidade, longe de ser “obrigatória”, só se observa (com valores estatisticamente significativos) em mais dois dos territórios estudados, e aí de modo menos acentuado que em Portugal – havendo inclusive um país em que a situação é inversa (Suécia: OR 0,52 favorável aos mais velhos). Confirma-se aqui igualmente que genericamente as mulheres estão em maior risco que os homens – embora tal diferença não seja significativa em todos os países e em nenhum atinja valores tão elevados como em Portugal (OR 3,17, sendo o segundo valor mais alto 1,9, na Suécia). Este inquérito permite ainda introduzir uma dimensão de análise de desigualdade socioeconómica (embora sem distinguir a situação dos idosos da população adulta geral), constatando-se que, também neste caso, as pessoas de mais baixo rendimento têm em Portugal um risco relativo do sofrimento psicológico (OR 4,01) muito superior ao observado nas outras nações, se bem que em quase todas se detecte algum grau de iniquidade.

A obtenção de dados e a própria operacionalização da dimensão de saúde mental positiva são ainda mais problemáticas do que as vertentes anteriores. No já mencionado relatório relativo à situação na UE (EC, 2004), recorreu-se à “energia e vitalidade”/EVI, uma subescala do SF36, recomendada pelo ECHI, e incluída no *Eurobarometer* 58.2, 2002 – dados que por sua vez foram objecto de análise mais detalhada por Lehtinen e colegas (2005). Em 27-V-A8 inclui-se um gráfico elaborado por estes autores, onde sobressaem os maus resultados dos idosos portugueses. Estes obtêm pontuações mais baixas do que todos os outros europeus da mesma idade (ou qualquer idade) nos restantes 9 países da EU15 estudados; e, mais ainda, acentuadamente inferiores às dos demais adultos portugueses. De facto, se o conjunto a população portuguesa está entre o grupo de países com *scores* mais baixos no EVI (junto com a Itália, França e Suécia), tal posição parece ficar a dever-se sobretudo à situação dos cidadãos mais velhos (65 e mais anos, mas também 45-64), já que até aos 44 anos os portugueses até se comparam favoravelmente com boa parte das outras nações. Embora em vários países os resultados piores com a idade, tal diferença não é nem uniforme nem universal – com a Suécia mais uma vez a destacar-se pela melhor saúde mental relativa dos mais velhos.

Maioritária mas não constante, no quadro internacional, é também a vantagem relativa dos homens face às mulheres no EVI. Analisando outros determinantes relevantes para este indicador no conjunto da população dos vários países, os autores assinalam o baixo rendimento como o único que universalmente se associa a pior saúde mental, embora outros factores apresentam também associações significativas, ainda que inconstantes: estado civil (pior se viúvo e separado); residência (pior se urbana), ocupação (pior se pensionista). Lehtinen *et al.* destacam ainda a forte associação do EVI com o suporte social (*ob. cit.*).

⁵⁰ Tais dados devem porém ser encarados com alguma reserva já que as alterações podem ter que ver com um registo mais preciso das causas de morte, corrigindo a tendência que tem sido assinalada para parte das mortes por suicídio ficarem incluídas entre as “causa de morte indeterminada”.

⁵¹ Ambos os estudos tomam também como *cutpoint* de referência uma pontuação de 52 nesta escala MHI-5/Mental Health Inventory (EC, 2004; INSA/INE, 2007b).

É de assinalar que o ESS3, 2006 inclui uma bateria de itens que se organizam em dois factores ou índices que se designaram BE-Afectos Negativos e BE-Afectos Positivos e cujos conteúdos terão alguma correspondência com essas mesmas dimensões de respectivamente, sintomas de saúde mental negativa e saúde mental positiva (para mais detalhes sobre os índices criados e suas propriedades ver Anexo 11 e Fig. 28, 29-V-A8). Os resultados obtidos (Fig. 28-V-A8; 38-V-A8) - discutidos em conjunto com outros indicadores de Bem-Estar /BE (B.2.5) e retomados também a propósito dos determinantes psicológicos (B.3.1.2) - reforçam, em linhas gerais, as observações feitas quanto ao sofrimento psicológico e à vitalidade emocional. Permitem, por outro lado, uma análise das *desigualdades* a este nível especificamente observadas na população idosa nacional (Quadro 01-V-A9), constatando-se (ver também BE - B.2.5) que os níveis de afectos negativos e positivos mostram significativa associação com a idade, o sexo, a zona de residência e sobretudo, com a posição social (escolaridade e rendimento subjectivo). Por exemplo, a prevalência de afectos negativos elevados é mais de 8 vezes superior entre os idosos portugueses sem o ensino primário, face aos com mais de 6 anos de escolaridade, onde só 4% são afectados (representando ganhos potenciais de saúde da ordem dos 80%, caso esta última situação se tornasse universal); já os afectos positivos elevados se encontram em mais de 40% das pessoas com esse nível educativo ou com rendimentos adequados, uma proporção neste último caso mais de 4 vezes superior à que se observa entre os com grandes dificuldades de rendimento (traduzindo-se num impacte teórico de cerca de 60% mais situações positivas se a adequação de rendimento se generalizasse).

A importância de atentar a estas dimensões é iniciada pela sua forte *associação com os resultados de saúde* subjectiva, limitações de actividade e BE Global, que se mantém (embora com alguma redução) quando ajustada para variáveis sociodemográficas: por exemplo a prevalência de “saúde má” é cerca do triplo entre os que têm afectos negativos elevados, triplicando também a da “saúde boa” em quem tem afectos positivos altos, sendo, para ambos os índices, as RF de aprox. 2,0 no que concerne à ocorrência de limitação de actividades (ver Quadro 02-V-Anexo 9 e discussão na rubrica B.2.5).

Outro indicador de saúde mental - sugerido neste caso também pelo ECHI-2 (2005) - que igualmente se encontra no ESS3, é o de “felicidade”, sendo porém analisado na secção relativa ao Bem-estar/B.2.5 já que é uma das dimensões tradicionais de BE Subjectivo /hedónico.

Uma outra proposta de operacionalização de saúde mental (positiva), de Keyes (2003; 2005) (cf. Cap. 2 - B.1.2), inclui, para além de vários indicadores próximos destes que têm vindo a ser discutidos (que se enquadrarão na vertente de BE emocional/hedónico), também componentes de BE eudaimónico ou funcionamento positivo (incluindo aspectos de BE psicológico e social). Ora alguns dos itens do ESS3 - 2006 (e índices a partir deles criados) operacionalizam também (parcialmente) estes conceitos. Assim, e mesmo que sem efectuar uma análise do padrão individual de respostas (necessária para um diagnóstico da presença ou ausência de saúde mental positiva⁵² na linha do proposto por Keyes), parece então de sublinhar a relevância dos seguintes indicadores para a caracterização da saúde mental dos idosos portugueses:

- BE/afectos positivos e felicidade, satisfação com a vida (ou o índice mais abrangente de BE Global), com correspondência com as dimensões de BE emocional de Keyes;
- BE/Factores Psicológicos e Actividade Significativa, aproximando-se de algumas dimensões de funcionamento psicológico positivo / BE eudaimónico;
- ainda na linha do BE eudaimónico mas na componente de funcionamento social poderão considerar-se potencialmente pertinentes (embora tenham revelado mais fracas relações com o BE genérico), alguns dos índices analisados na rubrica de coesão/capital social (B.3.3.3).

Dados relativos a todas estas dimensões de BE são abordadas na respectiva rubrica B.2.5 e ainda em B.3.1 e B.3.3 (tabela e gráficos 38-V-A8, entre outros). No seu conjunto, estes indicadores denotam

⁵² Especificamente Keyes propõe como critérios de diagnóstico de saúde mental (positiva) os seguintes resultados nas 13 dimensões/escalas consideradas: elanguescimento /*languishing* – níveis baixos (i.e., tercil inferior) pelo menos numa das 2 escalas de vitalidade emocional/BE hedónico e em 6 das 11 escalas de funcionamento positivo/BE eudaimónico; florescimento/*flourishing* - níveis altos (i.e., tercil superior) pelo menos numa das 2 escalas de vitalidade emocional/BE hedónico e em 6 das 11 escalas de funcionamento positivo/BE eudaimónico; indivíduos com resultados intermédios terão saúde mental moderada (Keyes, 2003 – cf. Cap. 2-B.1.2).

importantes fragilidades na saúde mental dos portugueses mais velhos, sugerem padrões de pesadas desigualdades socioeconómicas na sua distribuição, para além de outras disparidades ligadas ao sexo, idade e local de residência, e indiciam muito significativas associações não só naturalmente com o BE genérico mas também com a saúde global e funcionalidade desta população.

Uma palavra final para o **nível global de morbilidade crónica** nos idosos portugueses – um dos indicadores recomendados também no ECHI-2 (2005), avaliado através de questão geral directa à população – e que, segundo dados de EB de 2002, assinalava uma situação claramente mais grave no nosso país do que a média europeia para este grupo etário (62% com “algum problema de saúde ou doença de longa duração”, contra 49% na EU15), mas não no conjunto da população com 15+ anos, onde a prevalência não se afasta da da EU15 (Fig. 23-V-A8).

Em **síntese**, e para além deste dado mais genérico que sublinha as dificuldades gerais de saúde dos idosos nacionais, encontram-se indicações sobre uma série de doenças e problemáticas específicas de saúde que merecem atenção especial, quer pela sua gravidade do ponto de vista médico (e.g., doenças cérebro-vasculares/ DCV; cancro do cólon, da próstata; diabetes; pneumonia; hipertensão arterial) – reflectindo-se ao limite na mortalidade -, quer pelas perdas de bem-estar/qualidade de vida que podem acarretar (e.g., dor crónica; doenças reumáticas; incontinência). Problemas de maior frequência, em termos absolutos e/ou por comparação com a que ocorre noutros grupos populacionais, que podem sinalizar áreas onde haverá mais potenciais ganhos de saúde.

No entanto, do ponto de vista da definição de metas de PromS, a informação sobre estes resultados de saúde, não só têm a desvantagem de se centrar quase exclusivamente numa vertente de patologia, como tem um significado limitado se não for acompanhada por uma análise quer das suas consequências no quadro de vida individual (e social), quer, sobretudo, das causas/determinantes da saúde implicados, bem assim como dos padrões da sua distribuição na população e eventuais iniquidades que lhes subjazem. Ora se a informação obtida, especialmente ao nível da morbilidade específica, é genericamente escassa, elementos que permitam esse tipo de exploração e reflexão são praticamente inexistentes no que concerne aos portugueses com 65 e mais anos.

Há, por outro lado, algumas situações potencialmente relevantes que não estão sequer caracterizadas em termos de prevalência neste grupo etário – como o excesso de mortalidade associada ao frio ou a incontinência.

Mesmo assim, e em linhas gerais, para além de confirmarem importantes diferenças de género, os dados disponíveis são sugestivos de um gradiente socioeconómico subjacente às poucas problemáticas em que existe alguma informação – o que, aliás, é expectável de acordo com a investigação internacional, que tem vindo a constatar significativas desigualdades na saúde dos idosos, reflectidas na maioria das doenças crónicas, como das causas de mortalidade (v.g., Dalstra *et al.*, 2005; Demakakos *et al.*, 2008; Huisman *et al.*, 2005; Koster *et al.*, 2006)⁵³. Por outro lado, as importantes diferenças regionais observadas para algumas das causas de morte no território continental português são sugestivas do interesse de aprofundar padrões e determinantes a uma escala local, permitindo mais facilmente identificar os factores implicados, por exemplo, numa taxa de morte por pneumonia que é no Alentejo 2/3 da observada no Algarve (85+ anos), bem como as estratégias de intervenção mais adequada.

A questão da saúde mental merecerá especial destaque, já que dados de fontes diversas (4º INS, 2005/06; EB 58.2, 2002; ESS 2005/06) indiciam esta como uma área problemática, quer em termos de prevalência de resultados pouco favoráveis, quer em termos da sua distribuição na população. De facto, indicadores tanto de sintomas de saúde mental negativa, como positiva, são sugestivos de que os idosos

⁵³ Nesses estudos, por exemplo, os AVC e a diabetes revelam-se das doenças crónicas com maiores desigualdades associadas à educação (OR médio $\geq 1,5$ no grupo etário 60-79 anos) (Dalstra *et al.*, 2005); entre as causas de morte, constata-se também iniquidades educativas significativas, por exemplo, nas DCV (nos homens OR 1,4 entre 65-74 anos e 1,2 aos 75+ anos), nos cancros (respectivamente, para homens nesses grupos etários, OR 1,3 e 1,15, mas com valores mais elevados para alguns tipos, e.g., cancro do estômago OR 1,7 e 1,6), ou na pneumonia (OR 1,8 e 1,6) (Huisman *et al.*, 2005).

(como aliás outros grupos vulneráveis), poderão ter entre nós um risco acrescido mais elevado do que o observado no resto da Europa – conclusão partilhada aliás também pelo Relatório sobre serviços nacionais de saúde mental (CNRSSM, 2007).

O problema não se põe tanto em termos de patologia psiquiátrica: na prevalência da demência, Portugal não se destaca da média europeia e os dados analisados sobre depressão são pouco consistentes e não comparáveis no plano internacional. Já a ocorrência de suicídio entre os homens mais velhos em Portugal é francamente superior à média da EU15. Quanto a sintomas de saúde mental negativa, se o conjunto da população nacional obtém dos piores resultados europeus, acresce que Portugal é dos poucos países em a situação se agrava – e muito (OR 2,45) - para idosos. Resultados igualmente preocupantes se observam para a saúde mental positiva, em que os idosos portugueses obtêm valores destacadamente piores que idosos de outros países – ou portugueses de outras idades; esta fragilidade aliás parece apresentar-se como específica dos portugueses mais velhos já que a restante população pouco se afasta da média europeia. Os Afectos negativos e positivos (ESS3), e os dados disponíveis sobre Sofrimento psicológico e Vitalidade (EB 58.2) revelam forte associação com posição socioeconómica, variando também com o sexo e, nalguns casos, a residência. Para um entendimento de possíveis factores explicativos desta situação será ainda de assinalar a forte associação observada entre tais Afectos e os resultados de saúde subjectiva e limitação de actividade, bem como, inevitavelmente de bem-estar global (ESS3). A literatura sugere que haverá aqui um influência bidireccional em que não só a vivência emocional penaliza a funcionalidade e saúde global (v.g. Keyes, 2003; 2005) - aspecto que reforça a prioridade que este tema deverá merecer em PromS65+/Portugal -, como o desfavorável estado de saúde, experimentado por uma grande parte dos idosos portugueses, poderá ser olhado como contribuindo por seu lado para estas dificuldades afectivas. A implicação de outros factores nesta problemática é, porém, provável, com destaque para as condições objectivas de vida dos indivíduos e os recursos a que têm acesso, bem como factores contextuais associados ao nível global de desenvolvimento do país⁵⁴. Os recursos psicológicos /comportamentais disponíveis serão sem dúvida outro aspecto relevante - e, em parte, passível de valorização/modificação como se discute a propósito dos determinantes individuais.

B.2.3. FUNCIONALIDADE / INCAPACIDADE

Um dos indicadores mais habitualmente usado para caracterizar a incapacidade de longa duração, correspondendo ao que se poderá considerar uma auto-avaliação genérica de incapacidade na componente Actividade/Participação (ver Cap. 2-B.1.3.), é o que no ECHI-2 (2005) se designa como “*Limitations of usual activities, past 6 months, health-related*”, sendo aí seleccionado quer para a “lista breve” de indicadores, quer para a específica para idosos.

Integrado em vários inquéritos (incluindo o Minimum European Health Module), torna possível encontrar elementos sobre “Limitação de Actividades” relativos a Portugal e a outros países da UE que permitem, inclusive algum acompanhamento da evolução na última década - designadamente através do ECHP, desde meados dos anos 90 até 2001, e depois do EU-SILC, disponível a partir de 2004 (Fig. 30-V-A8). Estes são aliás os dados usados para calcular a evolução da Esperança de Vida sem Incapacidade/ EVSI (Fig. 14-V-A8), comentada na respectiva secção – onde se dava nomeadamente conta de indícios de aumento do nº de anos de vida com incapacidade entre as idosas portuguesas no período 1995-2003. Os dados mais recentes do SILC não confirmam porém tal tendência de 2004 para 2006, sendo até sugestivos de uma redução das incapacidades tanto nos homens como nas mulheres (incidindo talvez sobretudo na faixa etária dos 65-74 anos e nas limitações de actividade menos severas).

No entanto, como se observou a propósito da EVSI, a comparabilidade entre estes inquéritos, ECHP e SILC, é reduzida (a juntar às habituais reservas à comparação entre países)⁵⁵ já que apesar, do indicador

⁵⁴ Relembre-se que Portugal se destacou aliás já, noutro estudo (Lima, Novo, 2006), como o país europeu em que as variáveis objectivas (e.g., idade, rendimento, estado civil) mais contavam, e as subjectivas (incluindo saúde auto-avaliada) menos pesavam, para o Bem-Estar Subjectivo/BES, surgindo o fenómeno de redução do BES entre os mais velhos como característico só dos países com mais baixo nível de desenvolvimento no quadro europeu.

⁵⁵ Nomeadamente no caso do SILC, o processo de harmonização tem reconhecidas falhas ainda em vias de resolução, como se indica no respectivo documento “Eurostat Metadata” (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_status_silc_sm1.htm - updated 08.07.2008).

ser genericamente o mesmo, há diferenças na sua operacionalização. Estas dificuldades estendem-se obviamente à comparação com os resultados do ESS3, aliás muito distintos dos do SILC para o mesmo ano de 2006 (Fig. 30-V-A8), ou do EB 58.2 de 2002 (31-V-A8). Observam-se, de facto, grandes diferenças, em valor absoluto, na prevalência de incapacidade encontrada nestes vários estudos: e.g., em 2006 em Portugal, segundo o ESS3, “só” 41% das pessoas com 65+ anos teria algum grau de limitação de actividade, ao passo que o SILC aponta para uma prevalência de 57% logo na faixa etária 65-74 anos, subindo para 74% aos 75+ anos e o EB 58.2 tinha encontrado, embora em 2002, valores que ascendiam a 76% após os 64 anos.

Consistente em todos os inquéritos – e concordante com a literatura internacional (v.g. SHARE e outros estudos referidos no Cap. 2 B.1.3) – é a desvantagem dos portugueses mais velhos relativamente aos “jovens idosos” e das mulheres face aos homens, bem como a relação inversa das limitações com a posição social. Esta última vertente foi mais sistematicamente explorada com base nos dados do ESS3-2006 (ver Cap. 4, sobre desigualdades sociais ligadas a este indicador), mas as iniquidades aí analisadas nas limitações de actividade, desfavoráveis aos idosos portugueses com pior rendimento subjectivo e menor educação (esta só estatisticamente significativa para as mulheres), estendem-se aos resultados do EB. 58.2-2002 e SILC-2006, onde se encontra um gradiente de incapacidade/funcionalidade associado ao escalão de rendimento (gráficos em 30, 32-V-A8).

Pelas razões apontadas, a comparação entre Portugal e outros países europeus deve ser encarada com muitas reservas: assinala-se em todo o caso que tanto no EB de 2002, face à EU dos 15, como no SILC 2006 face à EU25, a população idosa portuguesa aparece numa posição desfavorecida em termos de limitações de actividade face aos congéneres europeus – ao passo que com a população nacional total (15+ anos) tal não sucede. Esta “consistência” de uma comparação desvantajosa só para os mais velhos (que, ainda assim, não se estende ao ESS3⁵⁶) poderia ser sugestiva de hipotética margem maior para ganhos potenciais de saúde neste domínio no nosso país especificamente entre a população idosa...

Em qualquer caso, há que lembrar a grande diversidade de domínios/áreas vitais subjacente à componente genérica de “Actividades (diárias/usuais/...)”, que pode ser interpretada como incluindo desde a mobilidade à participação social, passando pelas AVDs e AIVDs, entre outras. Para sugerir pistas de actuação serão pois especialmente úteis dados mais detalhados sobre o tipo de incapacidades em causa (que serão, em princípio, também menos susceptíveis de interpretações pessoal e culturalmente diferenciadas e, portanto, mais comparáveis). O ECHI-2 lista *indicadores mais específicos*, recomendados para os idosos (limitações nos cuidados pessoais; nas actividades domésticas; na escola/ trabalho/ lazer/ actividades sociais – todos discriminando tarefas concretas) - áreas sobre as quais não se teve porém acesso a dados recentes para Portugal⁵⁷. No entanto, o estudo MOCECOS, realizado em 2001 junto dos portugueses de 65 e mais anos da amostra Ecos, apontava uma prevalência de 12% de idosos com necessidade de ajuda de outrem em pelo menos uma AVD, incapacidade que se revelava significativamente associada à idade (subindo aos 36% nas pessoas com mais de 84 anos) e ao nível de escolaridade (e.g., afecta 20,5% dos analfabetos e só 3,8% dos que frequentaram o ensino superior) (Branco *et al.*, 2001). O estudo acrescenta ainda que, destes idosos requerendo ajuda, 92,5% recebiam-na diariamente ou quase.

Finalmente, o ECHI-2 recomenda um outro conjunto de indicadores – *limitações funcionais* - que focam sobretudo a componente que se designou por Capacidade funcional (cf. Cap. 2-B.1.1.3) (muito embora também contemplem algumas áreas de Actividade/Participação). Distinguindo limitações em funções cognitivas (explicitando diversas áreas) e em funções físicas (visão, audição, mobilidade, fala, mastigação e agilidade) - ambas apontadas como relevantes para a saúde dos idosos – o ECHI-2 salienta porém ser desejável o recurso a itens tocando todas as áreas pertinentes da CIF⁵⁸.

⁵⁶ No ESS3 a prevalência de limitação de actividades em Portugal não difere significativamente do conjunto dos outros 8 países da EU15 analisados, nem na população em geral nem na idosa.

⁵⁷ A vertente das actividades de lazer, sociais e outros aspectos de participação serão contudo abordados na secção dos Determinantes da saúde (B.3) – ainda que não na perspectiva da incapacidade.

⁵⁸ A maioria dos domínios mencionados são aqui abordados noutras secções: incontinência, sono, dor, relações interpessoais e funcionamento social.

Mais uma vez não foi possível aceder a elementos recentes para a população idosa nacional. Os Censos 2001 indicavam que 13% dos portugueses com 65+ anos (212.550) tinham alguma deficiência, constituindo cerca de 1/3 do total de pessoas com deficiência a nível nacional (tabela 33-V-A8). As incapacidades de tipo motor eram as mais prevalentes nestas idades (atingindo 4% dos idosos - 67.980), seguidas da deficiência visual, que afecta 3% dos idosos e auditiva (2,2%); este grupo etário representa respectivamente 43,5%, 29% e 44% dos portugueses com cada um destes géneros de problemática.

Já o EB 58.2, em 2002, apresenta dados mais discriminados precisamente nessas áreas funcionais (Fig. 32-V-A8), mas com resultados muito díspares face a esses (provavelmente reflexo de diferenças quer na metodologia, quer na definição de incapacidade). Em aspectos relacionados com a mobilidade questiona sobre dificuldades a andar (500m), em escadas e no transporte de pesos (5kg), verificando-se que em todos estes itens (de dificuldade crescente) os idosos portugueses reportam muito mais problemas do que a média europeia – com diferenças que rondam os 20 pontos percentuais (e.g., só menos de metade - 47% - não tem dificuldades com o peso, contra 69% dos seus congéneres europeus). De resto, no perfil traçado no relatório desse S-EB 183-7/58.2 (EORG, 2003a), a população portuguesa no seu todo (15+ anos) ocupa o pior lugar do ranking da EU15 em dois destes itens e o penúltimo no terceiro (andar). Embora a dimensão das amostras nacionais do Eurobarómetro suscite reservas quanto a análises mais detalhadas, as prevalências observadas para vários subgrupos sugerem que todos estes aspectos tendem, nos idosos portugueses, a agravar-se com o aumento da idade e entre as mulheres, observando-se também um gradiente associado ao rendimento (pelo menos na marcha e escadas). Já num outro conjunto de itens relativo as funções sensoriais – visão ao perto e ao longe, audição -, o panorama é algo distinto. A proporção de idosos nacionais sem dificuldades nestes domínios é mais próxima da média da EU15, sendo que inclusive na visão ao perto é superior (24%, contra 18% na EU15), e na visão ao longe equiparada (cerca de 2/3 sem problemas), só na audição ficando mais aquém dos demais europeus (PT 79%, EU15 87%). No referido perfil de saúde do Estados Membros, os portugueses (15+) destacam-me mesmo ocupando o segundo melhor lugar do ranking nos indicadores da visão. Por sua vez, na distribuição por subgrupos não se distingue nenhum padrão tão consistente como nos itens de mobilidade, embora as tendências genéricas de diferenciação, a existirem, possam ir no mesmo sentido das aí observadas.

Em **síntese**, os elementos disponíveis relativos à funcionalidade/incapacidade, ao mesmo tempo que confirmam a importante prevalência de problemas entre os idosos nacionais (sugerindo até, embora sem “unanimidade”, pior situação relativa face ao resto da EU15), ficam bastante aquém do necessário para uma caracterização actual e útil da situação da população portuguesa mais velha – tanto mais que, como se viu (Cap. 2), esta será uma temática central em PromS65+. Vários inquéritos incluem os indicadores mais genéricos de “limitação de actividades”, mas os resultados são excessivamente dissemelhantes para permitir conclusões fiáveis ou pistas de actuação - excepto porventura no que toca aos padrões de distribuição (etária, por sexo e socioeconómica), os quais revelam alguma consistência. Em qualquer caso, esse tipo de indicador é de interesse algo restrito na medida em que agrupa realidades que podem ser muito distintas: as dificuldades nas actividades/participação podem não só ocorrer em áreas vitais diferentes como ter na base dificuldades funcionais várias, cujas causas e padrões de prevalência serão – como os dados existentes (EB 58.2) indiciam – bastante diversas. Seria pois importante dispor de informação detalhando os domínios de actividade/participação e de capacidade funcional em causa. Mas mesmo reunindo a informação prevista por exemplo no âmbito do ECHI-2, tais indicadores seriam ainda pouco esclarecedores quanto ao papel dos factores ambientais - de grande relevância potencial para as limitações/ restrições observadas e, logo, para a intervenção. Finalmente é de assinalar que, em qualquer caso, uma tal abordagem se centra na incapacidade, negligenciando a vertente positiva da funcionalidade. Esta será, todavia, parcialmente endereçada na secção de B.3/Determinantes da saúde, onde se abordará, em particular, (alguns aspectos d) a participação⁵⁹.

⁵⁹ Como se discutiu no Cap. 2, a participação, com componentes que vão das mais informais actividades de socialização e suporte social ao envolvimento comunitário, cívico e político, passando por dimensões produtivas, é simultaneamente determinante e expressão/resultante última de saúde e bem-estar.

B.2.4. SAÚDE SUBJECTIVA

A auto-avaliação de saúde é um indicador geral de saúde de ampla divulgação, “*used by governments to assess the positive aspects of health*” (Health EU Portal⁶⁰), fazendo parte da “lista breve” do ECHI-2, e incluído não só em inquéritos de saúde como noutros inquéritos gerais à população. Existe pois informação disponível de várias fontes quanto à população idosa portuguesa.

No ESS3-2006⁶¹ a distribuição global das respostas na população idosa portuguesa - não diferindo muito da obtida, em data próxima, no 4º INS -, revela-se significativamente pior (praticamente invertida, aliás) face à de pessoas de idade idêntica noutros (8) países da EU15 (tabela e gráfico 34-V-A8). Assim, entre nós, são relativamente raros aqueles que fazem uma avaliação favorável da saúde (16%), quando nos demais países essa é a resposta predominante (43%), e em proporção maior os que assumem ter má/muito má saúde (quase 1/3 contra menos de 1/5 na EU), bem como os que optam por uma posição intermédia (cerca de metade). Panorama idêntico é expresso pela pontuação média, que para os idosos portugueses, se situa já na metade “negativa” da escala (3,2, diferindo significativamente entre homens - 3,1 e mulheres - 3,3)⁶², ao contrário do que acontece com a de outros europeus de 65+ anos (2,7).

Confirma-se pois, para este grupo etário, o que repetidamente tem vindo a ser observado para a população portuguesa total, a qual tende a obter neste indicador valores inferiores aos dos outros países europeus. Isso mesmo se pode constatar no gráfico que traça a evolução dos resultados na EU15 entre 1996 e 2001 (gráfico 35-V-A8, dados do ECHP) em que Portugal se destaca com valores mais ou menos constantes (menos de 50% de pessoas com boa saúde), inferiores aos restantes países (excepto a Alemanha e, num ano, o Reino Unido); assinala-se que os melhores resultados (da Irlanda) ficam, no mesmo período, sempre acima dos 80%.

O gráfico (em 34-V-A8) com os dados do SILC, também em 2006, mas agora confrontando os resultados da população portuguesa nos vários grupos etários com a da EU25, sugere que a desvantagem nacional, embora sempre patente, se vai acentuando com a idade, podendo voltar a ter um ligeira aproximação nas idades mais avançadas⁶³.

A mesma curva de variação da saúde em função do grupo etário, mas agora comparando os resultados dos últimos dois Inquéritos Nacionais de Saúde (em 34-V-A8), sugere que a melhoria que se registou nesses 6 anos, terá talvez beneficiado mais outras faixas etárias do que as pessoas depois dos 64 anos, cuja saúde se mantém em 2005/06 com valores mais próximos dos de 1998/99. Excepção acentuada parece ser o grupo dos muito idosos (85+), com a proporção de homens com saúde boa quase a duplicar nesse período (de 11% passou para 21% - um valor só superado antes dos 65 anos) e a de mulheres com saúde má a reduzir-se de 56% para 42% (dados não incluídos no gráfico).

A distribuição desigual da saúde subjectiva que se observa entre subgrupos de idosos é sugestiva de que a desvantagem nacional face a outros países não poderá ser (só) atribuída a factores como diferenças culturais na interpretação ou estilo de resposta⁶⁴ e da implicação de determinantes potencialmente modificáveis. Expressiva é desde logo a observação de que, se a saúde dos idosos portugueses globalmente se apresenta bastante pior que a dos da EU15, tal desvantagem não afecta tão fortemente aqueles que, entre nós, têm um rendimento mais elevado/Quintil 5 (dados ECHP - gráfico 35a-V-A8). De uma forma mais sistemática, a análise dos dados do ESS3 permite detectar a nível nacional, como se viu no Cap.4, significativas desigualdades sociais, associadas nomeadamente ao nível de escolaridade e ao rendimento subjectivo (mas também a outros estratificadores); estas poderiam chegar a implicar ganhos

⁶⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm?echisub=22#echi2, consultado Set. 2008.

⁶¹ Sublinhe-se que a “saúde subjectiva” constitui o principal indicador de resultados de saúde no quadro da análise efectuada do ESS3-2006 (juntamente com o de “limitação de actividade”), sendo pois extensamente explorado em várias vertentes do Perfil, já que serve de base à análise da relação dos vários factores/determinantes contemplados nesse inquérito com a saúde (ver 02-V-Anexo 9—Quadro Relação com Saúde e comentários nas rubricas respectivas). Destaca-se em particular o estudo mais detalhado das desigualdades sociais em saúde, de que é objecto o Cap. 4.

⁶² O item é respondido numa escala em que 1 corresponde a Saúde Muito Boa e 5 a Saúde Muito Má, com o 3 - Razoável, como ponto médio.

⁶³ Sobre tudo pela queda um pouco mais acentuada nessas faixas etárias da proporção média europeia de pessoas com boa saúde, já em que Portugal os valores são baixíssimos – 5% entre 75 e 84 anos, e 3% depois disso.

⁶⁴ Um aspecto, como se viu (v.g., Cap. 2-B.1.4), a considerar em itens que, como este, têm importante carga subjectiva.

potenciais de saúde superiores a 70% nas mulheres idosas, por exemplo, se todas tivessem o nível de saúde subjectiva actualmente gozado pelas com mais de 6 anos de escolaridade (Cap. 4: Fig. 05-IV-A7). Embora sem quantificação específica da desigualdade também A. Fernandes observara, nos dados do INS de 1998/99, em todos os grupos etários, incluindo os dos 60-69 e 70+anos, que “homens e mulheres menos escolarizados avaliam, em maior proporção, negativamente a sua saúde” (2007, p. 438). Os dados do ECHP e, mais recentemente, do SILC vão no sentido de confirmar tais iniquidades sociais, associadas neste caso ao rendimento. Os resultados de 2006, do SILC (gráfico 34-V-A8), esboçam um tendencial gradiente na saúde subjectiva dos mais velhos ao longo dos vários quintis de rendimento, com os grupos extremos separados por mais de 20% de diferença absoluta na prevalência de má saúde e diferenças relativas (RF) de 1,8 e 1,5 respectivamente nos portugueses de 65-74 anos e de 75+anos. Não é linear a tendência de evolução destas desigualdades nos anos abrangidos pelo ECHP (1996-2001), mas o saldo final é indicativo de um possível incremento das diferenças, quer absolutas, quer relativas, na saúde da população idosa portuguesa de maior e menor rendimento (gráfico 35-V-A8). Em contrapartida, dados da mesma fonte, sugerem uma diminuição do mesmo tipo de desigualdades no conjunto da população portuguesa. Por sua vez na Europa dos 15, de 1996 para 2001 as iniquidades poderão ter-se reduzido muito ligeiramente na população idosa e mantido na população global – mas ficam, em ambos os casos, bem aquém das observadas para Portugal.

Em **síntese** o panorama global é, também neste indicador, pouco favorável no que concerne à população idosa portuguesa, que apresenta mais avaliações de “saúde má” e muito menos de “saúde boa” do que os adultos portugueses em geral ou outros idosos da UE – podendo até estar a ter evolução menos positiva do que a população nacional global nalguns parâmetros. Embora as limitações deste tipo de indicador e das várias fontes de dados aconselhem cautela na interpretação comparativa, a validade e fiabilidade internacionalmente comprovada da “avaliação subjectiva” como medida geral de saúde dos idosos (Cap. 2 - v.g. Pollack, von dem Knesebeck, 2004; Wang, Satariano, 2007) e a consistência das tendências globais observadas nesta medida com as de outros tipos de dados do “Perfil” (e.g., Mortalidade e Morbilidade), reforçam pois a ideia de uma situação de importante desvantagem na saúde dos idosos portugueses face aos de outros países europeus. Assinalam também significativas desigualdades entre os mais velhos de diferentes grupos sociais dentro do território nacional – um problema que a investigação tem vindo a constatar na generalidade dos países e com base em vários tipos de dados (v.g., Avendano *et al.*, 2005; Bowling, 2004b; Mackenbach, 2006), e que os elementos analisados no presente trabalho indiciam poder assumir maior gravidade em Portugal do que noutros países da EU15.

Preocupantes que são ambas as situações, permitem ao mesmo tempo alimentar expectativas de melhoria, caso se intervenha face a factores potencialmente modificáveis que estarão subjacentes a tais desvantagens.

B.2.5. BEM-ESTAR (BE) E QUALIDADE DE VIDA (QV)

O **bem-estar** (BE) está, como se viu, no centro da definição de saúde da OMS e de muitas definições de PromS, sendo pois frequentemente assimilado aos objectivos últimos da intervenção, traduzindo resultados relativos à saúde positiva – mas também à componente subjectiva de apreciação global da QV. De entre as várias acepções e definições que abarca, a relativa ao **BE Subjectivo ou Hedónico (BES)** é a mais genérica e divulgada (cf. Cap. 2-B.1.1.5). Em inquéritos gerais é habitualmente medido através de duas perguntas: satisfação com a vida em geral (componente cognitiva) e felicidade (componente afectiva/emocional) (v.g., Fahey *et al.*, 2003b). Um ou ambos os itens são regularmente incluídos em vários instrumentos internacionais, nalguns casos há já várias décadas – e.g., Eurobarómetro, *European Values Study/EVS*, *ESS*, *EQLS*⁶⁵. Do ECHI só faz parte a felicidade, como um dos indicadores de saúde mental geral.

Os dados do EB permitem acompanhar a evolução da satisfação com a vida dos idosos em Portugal em anos recentes (tabela e gráfico 37-V-A8), observando-se várias oscilações ao longo do período analisado

⁶⁵ Para uma compilação e análise de dados relativos ao BES ver também o site: Veenhoven, R., World Database of Happiness, Erasmus University Rotterdam. Disponível em <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl> (consult. 2008).

(entre uma prevalência máxima de 60% de idosos satisfeitos e mínima de 40%), que se traduzem num saldo final de decréscimo de 10 pontos percentuais entre 1996 e 2005⁶⁶. Neste último ano, menos de metade (45%) dos portugueses de 65+anos está pelo menos razoavelmente satisfeita com a sua vida – uma proporção destacadamente inferior quer à dos outros países da EU15 (média 82% para o conjunto dos europeus e 80% no caso dos idosos, atingindo 98% no país com melhor resultado), quer à da própria média nacional (57%). Esta desvantagem do grupo etário mais velho em Portugal é de resto uma constante ao longo de todo o período analisado, que não se manifesta no conjunto da EU15.

Também os dados do ESS3, 2006 (38-V-A8), contemplando um item de satisfação global com a vida confirmam esta situação desfavorecida dos portugueses mais velhos, que obtêm uma média de 5,1 (numa escala de 0 a 10), quando outros europeus da mesma idade têm 7,1 e mesmo os portugueses em geral atingem 5,5. Idêntico panorama se observa para a felicidade (dados ESS3, 2006, no mesmo quadro), onde, embora os valores absolutos sejam um pouco mais elevados (média 5,8, em escala idêntica, para PT 65+anos), também o é o desfasamento face à média nacional (6,5).

O ESS3 inclui, porém, vários outros itens pertinentes para a avaliação do BE, tendo sido criados índices que reflectirão diversas vertentes do conceito, a partir de uma análise factorial (cf. detalhes sobre estes índices no Anexo 11). Um deles, que se designou por BE-Global, parece corresponder a uma medida sintética de BES, integrando não só os dois itens anteriores mas ainda outros relativos à satisfação com a vida⁶⁷. Repete-se aqui o padrão já comentado, com os idosos a expressar significativamente menor BE em Portugal (5,1) do que noutros países europeus (6,5 – na mesma escala de 0 a 10). Por outro lado, como a literatura internacional indicava (cf., Cap. 2-B.1.1.5) e estes dados confirmam, o decréscimo de BE nas faixas etárias mais avançadas que se observa no nosso país, não é de modo algum “a regra”, havendo até nações (nomeadamente as mais desenvolvidas – v.g. Lima e Novo, 2006) em que, pelo contrário, o BES é maior neste grupo da população. Traduzidos em prevalências de BE, estes dados revelam diferenças ainda mais acentuadas por comparação com a EU15: por exemplo, não chegam a 1 em cada 10 os portugueses mais velhos que gozam de níveis elevados de BE global (pontuação ≥ 7), uma situação que abrange grande parte (44%) dos europeus inquiridos.

Diversos estudos têm indicado que a estrutura subjacente do BES será mais adequadamente considerada como tripartida, sugerindo a vantagem de subdividir a componente emocional em afectos positivos e negativos (Keyes, Magyar-Moe, 2003). O ESS3 contém uma bateria de itens que a análise factorial efectuada confirmou poderem ser consistentemente agrupados em dois índices que se poderão interpretar como de BE-Afectos negativos e BE-Afectos positivos (cf. detalhes em Anexo 11). Estes indicadores, já mencionados a propósito da saúde mental e igualmente abordados nos factores psicológicos (B.2.2; B.3.1.2), genericamente reforçam a análise já feita de uma situação significativamente desfavorável para os idosos portugueses face aos de outros países da EU15 (Fig. 38 e 28, 29-V-A8). O índice de afectos positivos traz porém um aspecto novo, que pode fornecer uma pista interessante: aqui a desvantagem parece ser “específica” dos portugueses mais velhos (média 2,3, numa escala de 1 a 4), já que ao contrário do que sucede nos demais indicadores de BES, não há diferenças entre Portugal e os outros países estudados ao nível da média obtida pela população total (2,6 - valor aliás também obtido pelos outros idosos europeus).

⁶⁶ Assinale-se porém, embora sem dados específicos para os mais velhos, que em Eurobarómetros mais recentes (2007 e 2008), os níveis globais de satisfação têm vindo a decair em Portugal, sendo que neste último ano só dois países da EU27 obtinham valores superiores aos 48% de insatisfeitos a nível nacional (EB 69: Portugal - TNS, 2008). A própria tendência de decréscimo da satisfação parece ser uma singularidade do conjunto da população nacional, como se depreende da análise de Veenhoven (2007) que, compilando dados de várias fontes, sobre vários países europeus mas não só, constata que só Portugal e a Bélgica apresentam um declínio significativo nos valores médios de satisfação (entre 1985 e 2006, no caso nacional).

⁶⁷ Opta-se por detalhar os resultados neste índice (em vez do mais clássico, de média dos 2 indicadores de satisfação e felicidade, também computado) por revelar melhores propriedades psicométricas: alfa de Cronbach de 0,76 no BES “clássico” e de 0,86 no BE Global (sendo 65% a variância explicada, na versão factorial do índice) (ver Quadro 02-A11).

Têm nos últimos anos vindo a assumir mais relevo abordagens de BE que contemplam aspectos de funcionamento positivo (pessoal/psicológico e social), frequentemente enquadradas na designação de BE Eudaimónico (cf. Cap. 2-B.1.1.5). Um dos módulos do ESS3 (*“Personal and Social Well-being: creating indicators for a flourishing Europe”* – Huppert *et al.*, 2005), pretende precisamente explorar também indicadores de BE a este nível:

“the next generation of advancement in the field require us to look beyond ‘hedonic’ measures of well-being (feeling and evaluation) to ‘eudaimonic’ measures of capabilities and functionings since these are associated with sustainable rather than transient well-being. This module represents the first systematic attempt to create a set of policy-relevant national well-being accounts” (ob. cit., p. 2).

A já referida exploração factorial de itens do módulo levou à criação de dois índices, integrando aspectos/recursos de funcionamento pessoal, que apresentam correlações importantes com o BE Global dos idosos portugueses (cf. Anexo 11). Um deles, que se designou como BE - Actividade Significativa, revela-se inclusive mais fortemente correlacionado com esse indicador de BES que os índices de Afectos negativos e positivos. Composto por itens aparentemente algo heterogéneos (do optimismo à aprendizagem, passando, entre outros, por sentimento de realização e “propósito” de vida), mas quase sempre conotados com actividade, é evocativo de conteúdos que idosos entrevistados no âmbito do estudo qualitativo valorizaram em termos das definições e explicações/estratégias leigas de saúde (cf. discussão sobre a “força da mente/voluntarismo” e a noção de “Indo e Fazendo”, no Cap. 3). Os resultados (Fig. 38-V-A8) revelam que enquanto a globalidade da população portuguesa têm a mesma pontuação que a dos restantes países da EU15 analisados (2,2), já os idosos obtêm valores menos favoráveis, sendo os dos portugueses piores (2,5 contra 2,4, uma diferença pequena mas significativa). Em termos de prevalências, observa-se também uma relativa proximidade entre os idosos portugueses e demais europeus (tabela e gráfico 47-V-A8) revelando-se a diferença ligeiramente mais acentuada em termos da proporção de idosos que se situa na classe inferior da “actividade significativa” (o valor que delimita o quartil dos portugueses em situação mais desfavorável abarca só 17% dos mais velhos da EU). Mais expressivas disparidades se encontram nos resultados nos itens individuais que integram este indicador, cuja análise detalhada se remete porém para a secção B.3.1.2.

A situação é um pouco diferente no índice designado como BE - Factores Psicológicos, que remete para recursos de resiliência e auto-estima/aceitação de si. Se aí os portugueses em geral também não apresentam diferenças significativas em relação à média europeia (respectivamente 3,6 e 3,7), já a desvantagem relativa dos mais velhos que se observa em Portugal (média 3,4) não é comum ao conjunto dos demais países estudados (Fig. 38-V-A8). As pessoas com escassos recursos deste tipo representam em Portugal mais de um quinto do grupo etário 65+anos, mas pouco mais de um décimo noutros países (Fig. 41-V-A8)⁶⁸.

Embora não pertencentes ao módulo⁶⁹, serão de referir os índices que se designaram como Confiança interpessoal, Confiança Institucional e Satisfação Institucional⁷⁰ (cf. secção B.3.3.3 e tabela 59-V-A8), já que se aproximam de dimensões incluídas no modelo teórico de Keyes de Bem-Estar Social (v.g., Keyes, Magyar-Moe, 2003; mas também Lima e Novo, 2006). As suas associações com o BE Global ou Subjectivo mostram-se porém tendencialmente fracas embora significativas nos idosos nacionais, e bem menos expressivas que as dos indicadores de BE subjectivo e psicológico/eudaimónico acima considerados. Mesmo assim a vertente “institucional” poderá merecer atenção específica no contexto de BE, apresentando correlações mais importantes com os índices globais de BE, as quais, no caso da Satisfação Institucional, se revelam mesmo de força média ($r = 0,45$ face ao Índice de BE subjectivo). Conforme se discute na secção respectiva, estes serão recursos sociais que no nosso país se apresentam em claro défice (para a população em geral como para os mais idosos), por comparação com outras nações da EU15.

⁶⁸ Também a análise destes e outros factores psicológicos será retomada na rubrica de determinantes da saúde individuais (B.3.1.2).

⁶⁹ Assinale-se que o módulo de BE do ESS3 inclui também itens concebidos como referentes a uma componente de BE social (Huppert *et al.*, *ob. cit.*); no entanto, e embora tenham sido criados alguns índices incorporando indicadores dessa vertente (nomeadamente relativos a comportamento social e sentimentos de Respeito /Reconhecimento), não são analisados nesta secção dada a sua fraca – embora significativa – correlação com o BE Global.

⁷⁰ Os itens que integram estes factores apresentam alguma correspondência com as dimensões de “social acceptance” e “social actualization” de Keyes (v.g. Keyes, Magyar-Moe, *ob. cit.*).

A distribuição de todos os principais indicadores de BE do ESS3 – BE global, satisfação, felicidade, afectos positivos e negativos, actividade significativa e recursos psicológicos⁷¹ – revela um padrão consistente de *desigualdades* socioeconómicas, com um sistemático gradiente associado quer à escolaridade quer ao rendimento subjectivo, expressando-se tanto em termos de diferenças significativas nas pontuações médias dos índices como nas prevalências de algumas categorias/níveis de BE analisados (01-V-A9). Tais disparidades tendem aliás a ser elevadas. Por exemplo, em termos de diferenças relativas (RF), os grupos de maior escolaridade ou rendimento subjectivo têm, face aos do outro “extremo” da escala social, mais do dobro da prevalência de BE qualquer que seja o índice considerado (chegando a observar-se uma frequência de BE global elevado 22 vezes superior entre os de rendimento não deficitário). São consequentemente também importantes os ganhos potenciais de BE hipoteticamente resultantes de uma generalização dos níveis actualmente já gozados pelos que têm rendimento pelo menos adequado ou educação superior ao ISCED 1: os menos expressivos seriam, mesmo assim, de 45%, associados ao impacto do rendimento num nível elevado de Factores Psicológicos, mas poderiam chegar quase aos 100% no caso da Actividade Significativa em relação com a educação, ou mesmo atingir quase os 140% de aumento de BE Global elevado, se todos os idosos portugueses tivessem a mesma situação dos que estudaram no mínimo 6 anos.

Estes resultados são concordantes com a generalidade da literatura internacional quanto à existência de iniquidades socioeconómicas no BE, ainda que não tanto quanto à magnitude destas, já que tendem habitualmente a ser assinaladas como reduzidas (v.g. Ryff *et al.*, 2004); parecem porém ir no mesmo sentido das observações de Lima e Novo (2006) que, como se referiu, apontam uma influência acrescida em Portugal das variáveis objectivas no BE. O relatório da Eurofound (Fahey *et al.*, 2003b) argumenta ser possível que o impacto fraco das condições objectivas no BES frequentemente observado se prenda com o tipo de países a que a pesquisa habitualmente se reporta (EUA e outros muito desenvolvidos). Convocam em apoio dessa hipótese o padrão de crescente diversidade interna/ desigualdade, à medida que diminui a satisfação com a vida, que constata quando na análise incluem um leque amplo de nações⁷². No presente estudo, com os dados do ESS3-2006, relativos neste caso ao índice de BE Global quer dos grupos etários mais velhos, quer do conjunto da população, obteve-se um padrão de distribuição de médias nacionais *plotted* face aos respectivos desvios padrão, muito semelhante ao do referido relatório (aí com dados do EVS para a satisfação com a vida) (gráficos 39-V-A8). Tais resultados alimentam a ideia de que a importância das desigualdades poderá variar consoante o contexto nacional – sendo a variabilidade de pontuações de BE Global mais elevada em Portugal do que na generalidade dos países mais desenvolvidos, sobretudo no que concerne às pessoas de 65+ anos. Outro argumento a favor da importância de determinantes relacionados com as condições objectivas de vida é a associação importante que se tem detectado entre níveis médios de BES e PIB e outros indicadores desenvolvimento nacional quando se contempla um leque diversificado de países (v.g. Delhey, 2004).

Outros estratificadores mostram-se também relevantes para a distribuição do BE – embora de forma um pouco menos consistente e/ou com associação não tão forte. Assim, o local de residência está associado a diferenças significativas para a quase totalidade das dimensões consideradas, embora distintas consoante o indicador e sua operacionalização⁷³. Encontram-se também desigualdades significativas nos valores médios de todos os índices, sistematicamente desfavoráveis às mulheres (embora nem sempre estatisticamente significativas quando operacionalizados em termos de frequências). Quanto à relação das várias dimensões de BE com a idade (no grupo com mais de 64 anos) apresenta aspectos curiosos. Traduzidos em valores médios, todos os índices, excepto a satisfação com a vida, variam significativamente com a idade⁷⁴. O padrão não é, no entanto, linear: se na maioria dos índices os valores de BE mais

⁷¹ Não se incluem aqui os índices de âmbito social, cuja análise detalhada se remete para a secção respectiva (B.3.3.3).

⁷² Tais diferenças na importância da variação intra-nacional não serão, salientam Fahey *et al.*, muito compatíveis com uma atribuição da mesma sobretudo às variáveis de personalidade, que a literatura tende a responsabilizar pelas disparidades de BES (a não ser que se assuma que também estas variam com as condições nacionais...).

⁷³ Por exemplo, na média de BE Global não se observam diferenças estatisticamente relevantes, que se expressam porém na prevalência BE elevado – favoráveis a quem vive em cidades maiores.

⁷⁴ Sendo que, também neste caso, a significância estatística tende a não ser atingida na comparação de prevalências.

positivos se encontram entre os idosos até aos 74, piorando no grupo dos 75-84 anos, eles voltam porém a melhorar após esta idade em quase todos os indicadores de BE hedónico (mas não para os 2 índices de BE Eudaimónico e afectos positivos, em que as pontuações médias se mantêm constantes após os 74 anos). A *associação* destes vários índices de BE com os principais *resultados de saúde* do ESS3 (Saúde Subjectiva - Má e Boa - e Limitação de Actividade) mostra-se significativa para todos os indicadores, embora de força naturalmente variável. A análise dos OR, revela, além disso, que tais associações são em boa medida independentes das variáveis sociodemográficas⁷⁵. A generalização de níveis de BE elevados poderiam hipoteticamente implicar ganhos de saúde muito relevantes (e.g., 60% no caso do BE global e da Saúde má, mas atingindo mesmo um impacte potencial superior a 120% no que concerne à relação do BE global na prevalência da Saúde Boa; os ganhos de saúde potenciais na Limitação de Actividade são menores mas sempre superiores a 20%, chegando quase aos 50% no que toca ao BE global elevado)⁷⁶.

• **Qualidade de vida (QV)**

A “Qualidade de Vida geral” é contemplada entre os indicadores de estado de saúde do ECHI-2 (2005), sugerindo-se a sua avaliação por recurso a uma escala específica (a EUROQOL/EQ-5D ou a WHOQOL) – dados não disponíveis para o presente “Perfil”. Pode-se mencionar, no entanto, um estudo nacional (Fonseca *et al.*, 2008), com uma amostra de conveniência de 234 idosos de meio rural e urbano, que utilizando a WHOQOL-Bref encontra avaliações globais favoráveis da QV em cerca de 1/4 dos inquiridos, e negativas em 1/3 dos casos, com os restantes com uma apreciação intermédia. Variáveis socioeconómicas (educação e rendimento), nível de independência (AIVDs), saúde, aspectos de suporte social e idade são alguns dos elementos que se destacam em associação quer com a QV global, quer como preditores dos quatro domínios contemplados nesta escala.

Em qualquer caso, de acordo com a perspectiva de QV aqui adoptada (cf., Cap. 2-B.1.1.5), a sua avaliação deve idealmente incluir indicadores subjectivos mas também objectivos; e podendo ser sumariada numa apreciação global, beneficia também em discriminar (a situação e apreciação relativa a) vários domínios de vida, relevantes para os próprios indivíduos. Não haverá uma selecção universalmente válida de tais domínios – mas a própria saúde/ funcionalidade, os relacionamento interpessoais, as condições financeiras e materiais, incluindo a habitação/ espaço de vida, e a actividade/ ocupação do tempo merecerão referência enquanto áreas que se destacaram nas entrevistas do estudo qualitativo realizado (cf. Cap. 3-C.1) e habitualmente valorizadas também em pesquisas noutros países; a autonomia e controle, ou o bem-estar emocional/ funcionamento psicológico (v.g., Bowling, 2004a), a par de aspectos a nível contextual/societal (v.g., Fahey *et al.*, 2003a), são exemplos de outros domínios a considerar.

Várias destas vertentes (avaliadas sobretudo no plano individual) são contempladas ao longo do “Perfil”, não se justificando recensear aqui os vários resultados discutidos – excepto para assinalar, em linhas gerais, que muitas dessas áreas apresentam destacadas fragilidades para os portugueses mais velhos (e.g. situação económica, habitação, saúde, factores psicológicos), embora se encontrem também alguns recursos de relevo (nomeadamente na vertente das relações/suporte social). Por outro lado, a apreciação global da sua vida feita por este grupo (apreendida por itens como o de “satisfação com a vida” ou o índice de BE global, discutidos na secção anterior), confirmam a noção, que os dados mais objectivos faziam antever, de problemas importantes na qualidade de vida deste grupo da população (uma situação que afecta aliás, o conjunto da população nacional, embora se encontre agravada entre os mais velhos).

⁷⁵ Só as variações dos Factores Psicológicos associadas à Limitação de Actividade e à Saúde Boa perdem o significado estatístico quando se faz o ajustamento para idade, sexo, escolaridade e rendimento subjectivo.

⁷⁶ Lembra-se que esta medida de impacte leva em conta não só a força da relação entre as variáveis mas também a sua prevalência, pelo que os ganhos previsíveis de saúde tendem a ser mais expressivos quando se contempla a generalização de situações actualmente pouco frequentes. Salienta-se, por outro lado, que, não permitindo naturalmente este tipo de análise/*design* distinguir o sentido causal da relação, resta pressupor, com base na evidência teórica e empírica de outros trabalhos, que as associações identificadas terão boa probabilidade de reflectir efeitos bidireccionais (para além de possivelmente envolverem também algum enviesamento no estilo de resposta, na medida em que estão envolvidas avaliações subjectivas) (v.g., Howell *et al.*, 2007; Huppert, Baylis, 2004), pelo que as medidas de impacte calculadas têm de ser encaradas com especial reserva.

Numa observação em simultâneo da apreciação subjectiva de vários domínios da vida pessoal, introduzindo uma dimensão comparativa europeia, os dados do EB 62.2, de 2004 (gráfico 36-V-A8), permitem destacar a situação financeira e a saúde como as áreas de maior insatisfação dos portugueses mais velhos, coincidindo também com aquelas em que mais se afastam da média da EU15. A casa/habitação e “vida em geral” são domínios em que os idosos nacionais estão igualmente menos satisfeitos do que os seus congéneres, embora aqui a avaliação seja maioritariamente favorável. Pela positiva destaca-se o bairro, a segurança pessoal e a vida familiar e social (ainda que estas duas um pouco aquém dos demais europeus). A importância destes recursos fica reforçada, de acordo com outra questão do mesmo EB, por família e amigos serem domínios esmagadoramente valorizados por este grupo.

Em **síntese**, a população adulta portuguesa expressa baixos – e decrescentes - níveis de BE(S), por comparação com outros países EU15, dado comum a outros estudos, e que se pode supor em boa medida explicado pelo menor nível de desenvolvimento do nosso país, avaliado pelo PIB *per capita*, que proporcionará condições objectivas menos favoráveis (v.g. Fahey *et al.*, 2003b; Delhey, 2004), não sendo naturalmente também de excluir outros factores, incluindo diferenças culturais no estilo de resposta. Acresce porém que, no quadro nacional, a população idosa apresenta níveis significativamente mais baixos ainda de satisfação com a vida, felicidade, e globalmente de BES. Tal desfavorecimento relativo merece atenção acrescida – tanto mais que um decréscimo de BE com a idade não é um dado universal, existindo inclusive países onde a tendência é inversa. Outros autores têm apontado que também para esta situação será relevante o nível de desenvolvimento económico nacional (Lima, Novo, 2006). A análise aqui efectuada das variações internacionais é sugestiva de um significativo papel dos factores socioeconómicos no BES do idosos portugueses. Embora tal situação não seja idêntica ao mais habitualmente constatado na literatura internacional de BE - onde a regra é uma relação consistente mas fraca do BE com factores socioeconómicos e condições objectivas –, é possível que tal se prenda com a similitude do tipo de países habitualmente estudados (Fahey *et al.*, *ob. cit.*) e que, nomeadamente em países de menor desenvolvimento a influência destes factores seja maior. Em qualquer caso, Lima e Novo (*ob. cit.*) haviam já observado o peso particular que as variáveis objectivas têm para o BE em Portugal.

Outros indicadores de BE mais específicos, ainda que não permitindo directa comparação com investigação existente, por não corresponderem a operacionalizações tão divulgadas, podem introduzir elementos sugestivos para a intervenção. Assim, nomeadamente os índices relativos a Afectos positivos e negativos põem ênfase na temática da saúde mental, alertando não só para a frequência acrescida de sintomatologia/ afectos de tipo depressivo e ansioso entre os portugueses de 65+, mas e, talvez sobretudo, para o baixo nível de afectos positivos que parece caracterizar muito particularmente este grupo da população (em contraste com o que se passa, quer com idosos de outros países, quer com a própria população nacional em geral). Também os resultados no índice Factores Psicológicos seguem padrão idêntico, reforçando a ideia de que a insuficiência de recursos a nível psicológico será um aspecto a merecer especial atenção no que concerne à população idosa portuguesa. Um outro factor a considerar, é o que se designou por Actividade Significativa, o qual (incluindo itens que remetem para noções de actividade, atitude positiva, realização e evolução pessoal), poderá ter proximidade com conteúdos que, nas entrevistas (Cap. 3) assumiram importante destaque em termos da forma como (algumas) pessoas pensam e “auto-promovem” a sua saúde – ao mesmo tempo que evoca aspectos do conceito de “envelhecimento activo” e da literatura sobre “actividade intencional”, como via particularmente promissora para a promoção de um BE sustentado (Lyubomirsky *et al.*, 2005; Sheldon, Lyubomirsky 2006). Tratando-se este último de um aspecto que, de acordo com estes dados do ESS3, ao contrário dos anteriores, parece tender a piorar com o avançar da idade na generalidade dos países – ainda que de modo mais acentuado nos idosos portugueses – inclui, em contrapartida, vertentes que poderão ser visadas de modo útil por intervenções colectivas.

Relembre-se que, em qualquer caso, mesmo para as dimensões de BE de foro mais psicológico se encontraram assinaláveis assimetrias sociodemográficas e geográficas, sugerindo a sua sensibilidade a factores contextuais e o imperativo de atender às subjacentes iniquidades sociais. Por outro lado, as fortes associações genericamente encontradas, embora não possam de modo algum interpretar-se num sentido causal linear (até porque a literatura aponta a probabilidade de relações bidireccionais), são sugestivas de

que os factores afectivos e psicológicos/eudaimónicos estudados possam contribuir de modo relevante quer para o BE Global/subjectivo dos portugueses mais velhos, quer para a sua saúde e funcionalidade.

Uma palavra ainda para aspectos de se poderão enquadrar também numa abordagem de bem-estar eudaimónico, mas numa componente social, aproximando-se de nomeadamente de dimensões do modelo de Keyes (v.g., Keyes, Magyar-Moe, 2003). Mais aprofundados na rubrica relativa à coesão/capital social (B.3.3.3), factores como, sobretudo, a Satisfação e Confiança institucional (mas também em menor grau outros incluídos no mesmo tema), revelam associações mais fracas, mas ainda significativas, com o BES/global e com alguns resultados de saúde, sendo pois outros aspectos a ter em conta com vista à promoção da saúde e bem-estar dos idosos portugueses.

Para uma análise da QV dos portugueses idosos, para além de apreciações globais como as traduzidas pelos itens de BES – como se viu, desfavoráveis em grande parte desta população –, deverão ser consideradas as condições e avaliações nas várias áreas de vida relevantes para as pessoas. Estas corresponderão, no essencial, afinal a vários dos determinantes de estado de saúde analisados neste capítulo – pelo que o conjunto dos elementos do Perfil dará mais detalhadamente conta das fragilidades e recursos que favorecem e comprometem a QV deste grupo.

B.3. DETERMINANTES da Saúde

Múltiplos tipos de factores terão influência, variável e frequentemente interactiva, no estado de saúde/bem-estar da população idosa - cf. evidência revista no Cap. 2 e ilustrada, do ponto de vista experiencial, pelo testemunho de idosos portugueses, no Cap. 3 -, sendo pois potenciais alvos/objectivos intermédios de uma intervenção PromS. Na presente secção procuram-se operacionalizações e dados quantitativos relativos alguns desses determinantes, para caracterizar e analisar a sua distribuição na população portuguesa de 65+anos. Inclui-se, quando os dados o permitem, elementos sobre desigualdades sociais no acesso/exposição a cada factor (em continuidade da análise iniciada no Cap. 4), avaliando ainda a sua associação com resultados de saúde/bem-estar anteriormente abordados.

B.3.1. Características e Respostas Individuais

B.3.1.1. FACTORES BIOLÓGICOS

Este tipo de factores, embora de ampla divulgação e relevo nas abordagens mais biomédicas da saúde, põe dificuldades em termos de medição directa, pelo que, não sendo esta viável em estudos de grande escala, os dados disponíveis a nível populacional baseiam-se com frequência só em informação auto-reportada para os indicadores mais básicos. No âmbito do projecto ECHI-2 (2005), a sub-lista de indicadores para os idosos recomenda a consideração dos seguintes factores de risco biológico: pressão arterial (% população hipertensa ou em medicação anti-hipertensiva), colesterol sérico total, osteoporose⁷⁷, factores de risco em diabéticos, IMC (Índice de Massa Corporal), indicadores de estado de nutrição.

A hipertensão apresenta-se como um factor de risco de muito elevada prevalência entre os idosos portugueses: 52% entre as pessoas com 65-84 anos e 43% dos com mais de 84 anos têm ou tiveram este tipo de problema, segundo o 4º INS (Fig. 22-V-A8). Trata-se aliás da mais frequente entre as problemáticas crónicas estudadas neste inquérito, afectando de modo acrescido as mulheres e tendo possivelmente em Portugal taxas mais elevadas do que noutros países europeus. Isso mesmo indicia, a comparação genérica com os dados para idosos do SHARE (gráficos 23-V-A8), sendo que o já referido *Special* EB 186/59.0 (EORG, 2003b), colocava inclusive o conjunto da população portuguesa como a mais afectada da EU15 (prevalência auto-reportada de 22%, contra os 16,5% de média europeia). Quanto à sua distribuição socioeconómica do problema, esse mesmo EB aponta o rendimento e educação como preditores significativos na população em geral, mas não se dispõe de dados específicos para a população mais velha. Particularmente preocupante é o crescimento muito acentuado da prevalência desta problemática observado entre os dois últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (i.e., de 1998/99 para 2005/06) – um aumento de cerca de 11 pontos percentuais para todos os grupos sub-etários acima dos 64 anos, afectando tanto homens como mulheres, embora com padrões distintos.

Os dados do 4º INS sobre o uso auto-reportado de medicação por prescrição médica (Fig. 50-V-A8), confirma a indicação de prevalências muito elevadas de hipertensão, com mais de 45% dos idosos portugueses a tomar medicação para este problema nas duas semanas anteriores ao inquérito (é aliás o tipo de medicação reportada mais frequente). Entre as mulheres observam-se, como se esperaria, ainda mais altas proporções do que nos homens, sendo o subgrupo mais medicado o das idosas até aos 84 anos (53%). A percentagem da população geral portuguesa a seguir tratamento de longa duração para hipertensão em 2002 (20%) era superior à média da EU15 (15,5%) mas não é, neste caso, a mais elevada da Europa (EB 186/59.0 - gráficos 23-V-A8).

O 4º INS apresenta também dados relativos ao IMC, permitindo constatar que em 2005/06 um quinto dos idosos em Portugal eram classificados em situação de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$: 21%), valores superiores à média nacional (16,5%) – embora o pico deste tipo de problema se observe entre os 55 e 64 anos, tendendo a diminuir progressivamente nas idades posteriores (Fig. 45-V-A8). Dados mais antigos (1999), do Eurostat, seguem o mesmo padrão de redução dos casos de obesidade e excesso de peso

⁷⁷ Os dados nacionais de osteoporose são aqui abordados em B.2.2 no âmbito das doenças crónicas.

entre os idosos de idade mais avançada; depois dos 84 anos observa-se inclusive uma proporção assinalável de pessoas com défice de peso (IMC < 18 : 8%). Mostram ainda que a situação comparativa de Portugal (65 e + anos) era melhor nos indicadores de peso elevado do que a da vizinha Espanha, embora ficando aquém de outros países, como a Dinamarca. Por sua vez, os dados de EBs entre 1996 e 2005 revelam que os idosos portugueses com problemas de obesidade são proporcionalmente mais que no conjunto da EU15 e que, por outro lado, a situação no nosso país sofreu algum agravamento nesse período.

Em **síntese**, os dados analisados sobre factores biológicos são limitados quanto ao tipo de factores focados, mas também quanto à sua natureza – quer por depender da informação comunicada pelo próprio e quer ainda por não contemplar aspectos como a conjugação de factores (e.g., factores de risco em diabéticos) ou a evolução dos mesmos a nível individual (cf. Bogers *et al.*, 2005 salientam a relevância das variações de peso e tensão arterial nos idosos – ver Cap.2-B.2.1.1) ou ainda detalhes sobre a sua distribuição populacional (e.g., por estratificadores de ESE). Mesmo assim, a hipertensão destaca-se como um problema a merecer atenção nos idosos portugueses, afectando mais de metade da população deste grupo etário (com ênfase nas mulheres). Embora a tendência de aumento de tensão arterial com a idade seja um dado “universal” (v.g. estudo Hale – Bogers *et al.*, *ob. cit.*), afecta entre nós uma proporção de pessoas possivelmente superior à dos outros países europeus, mostrando, para mais, sinais de agravamento nos últimos anos. Também os problemas de peso excessivo afectarão mais os portugueses mais velhos do que a população em geral ou os congéneres de alguns outros países.

B.3.1.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

No sistema europeu de indicadores de saúde ECHI são incluídos alguns indicadores na rubrica “Personal Conditions”, considerados “*mental or cognitive personal characteristics for which there is strong evidence that it influences mental or physical health*”, reconhecendo-se porém que “*there is not much experience with these indicators in general monitoring*” (ECHI-2, 2005, Annex 5, p. 58). Para além de 2 itens relativos à consciência de factores de risco para a saúde, o ECHI contempla o optimismo e o sentimento de domínio/*sense of mastery* (nenhum deles seleccionado para lista específica para idosos, mas o primeiro incluído na de Promoção da Saúde). Por sua vez o projecto *Mindful*⁷⁸, dedicado à monitorização da saúde mental na Europa, recomenda um conjunto amplo de indicadores na área da saúde mental (35), divididos pelas categorias: estado de saúde, determinantes de saúde (condições pessoais e ambiente social e cultural) e sistemas de saúde, sendo que os dois indicadores de condições pessoais aí considerados são a auto-estima e, também, o *sense of mastery*.

Antes de avançar elementos disponíveis sobre esse tipo de indicadores, convém porém lembrar que dados mais globais relativos ao bem-estar e saúde mental dos mais velhos em Portugal, incluindo alguns elementos disponíveis em termos de psicopatologia, foram discutidos a propósito dos resultados de saúde (B.2.2 e B.2.5). Genericamente observou-se então que a população portuguesa em geral, mas a idosa de modo mais acentuado, expressa um bem-estar subjectivo, global (satisfação com a vida, felicidade e indicadores semelhantes), relativamente baixo e destacadamente inferior ao de outros países da EU15. Encontraram-se consistentes indicações de fragilidades na saúde mental, comuns nalguns aspectos à população nacional em geral, mas claramente agravados entre os mais velhos (cf. resultados em medidas de sofrimento psicológico, “energia e vitalidade” e em índices de afectos positivos e negativos do ESS3). Assinalou-se ainda uma possível vulnerabilidade de recursos pessoais, seja a nível mais estritamente psicológico (Índice de BE-Factores Psicológicos) seja na dimensão que se apelidou “Actividade Significativa” (outro índice criado com itens do ESS3, onde se observou um padrão de resultados tendencialmente piores com o avançar da idade, comum a nível internacional mas especialmente acentuado em Portugal).

⁷⁸ MINDFUL/Mental Health Information and Determinants for the European Level - informação obtida no site do projecto (<http://info.stakes.fi/mindful/EN/>, actualizada em 26-02-2007).

Parece pois oportuno, na discussão de determinantes psicológicos da saúde dos idosos nacionais, aprofundar o significado desses resultados globais para o que poderá ser útil uma exploração dos itens individuais que integram os índices do ESS3 em causa.

As tabelas e gráficos 40-V-A8 apresentam prevalências detalhadas para os vários itens que compõem os índices de **afectos** negativos e positivos. Observa-se aí que, nos indicadores **negativos** as dificuldades dos idosos em Portugal parecem ter que ver sobretudo com sensações de esforço e cansaço (cuja prevalência se destaca quer por comparação com os idosos de outros países, quer em termos absolutos, com mais de 1/3 dos inquiridos afectado na última semana). O sentimento de aborrecimento sobressai também como particularmente frequente por comparação com o que sucede com outros europeus (ocorrência relativamente rara nos demais países - 5% - que afecta 1/5 dos portugueses de 65+ anos). Muito embora todos os sintomas negativos (excepto o “sono agitado”) tenham entre nós prevalência significativamente maior do que a média europeia, dir-se-ia que a componente de energia/motivação se expressa como ainda mais afectada do que as vertentes mais estritamente emocionais. Mesmo assim, ansiedade e tristeza têm também uma diferença não negligenciável (mais do dobro da prevalência observada nos restantes países). Nos itens **positivos** a desvantagem dos idosos portugueses face aos demais europeus é também sempre estatisticamente significativa – com diferenças absolutas de prevalência que chegam quase aos 30%, no que toca à sensação de repouso e de tranquilidade e com percepção de energia também bastante baixa em termos absolutos e comparativos (só 23% dos portugueses se sentiram habitualmente “cheios de energia”, situação que noutros países é quase o dobro: 40%).

Em acordo com o observado para os factores de Afectos, todos os indicadores que os compõem apresentam significativas e tendencialmente fortes *associações com os resultados de saúde* (sobretudo “má”) e as Limitações de Actividade dos idosos portugueses, e a maioria também com o seu BE Global (02-V-Anexo 9). Por exemplo, face à Saúde Má as diferenças relativas (RF) são sempre $\geq 1,7$ e máximas (2,7) para a depressão e cansaço, variando, no caso da Limitação de Actividade, entre 1,4 e 1,9. Em contrapartida, os maiores ganhos na saúde (Boa ou Má) e na funcionalidade resultariam hipoteticamente de aumentos na prevalência de afectos positivos como a sensação de tranquilidade, de repouso, e energia, sendo o maior impacte potencial BE elevado resultante da generalização de níveis altos de sensações de repouso, de energia e de “flow” (item “absorvido no que estava a fazer”).

As *desigualdades* na prevalência de afectos negativos e positivos entre diferentes subgrupos de idosos foi analisada ao nível dos índices criados (ver B.2), só se incluindo no quadro 01-V-Anexo 9 dados detalhados para alguns dos itens que os compõem (os com associação mais interessantes com os resultados de saúde e/ou maior disparidade na comparação internacional)⁷⁹. Nestes poder-se-ão destacar como ilustrações mais extremas das (generalizadas) iniquidades socioeconómicas o facto de os idosos de menor escolaridade e mais escassos rendimentos apresentarem, por comparação com os de melhor PSE, prevalências de tranquilidade e repouso inferiores em mais de 20 pontos percentuais, o quádruplo ou quase da ocorrência de sentimentos de depressão e cansaço e até 8 vezes mais ansiedade (neste caso entre os não escolarizados).

O também já abordado **índice Factores Psicológicos** (ver B.2.5) merece igualmente discussão no quadro dos recursos psicológicos dos idosos portugueses. Não se justificará porém a sua decomposição nos indicadores constituintes: só três itens, operacionalizando **auto-estima**⁸⁰ e **resiliência** (ver Anexo 11-ESS) – uma conjugação de características, que no projecto ESAW representa sentimentos de *self-worth*/valor próprio (v.g., Ferring, Wenger *et al.*, 2004 - ver Cap.2-B.2.1.2). Quer na análise dos valores médios do índice (Fig. 38-V-A8), quer das prevalências das pontuações mais extremas nessa escala (Fig. 41-V-A8),

⁷⁹ Refira-se, de qualquer modo, que todos os 15 itens de afectos, uma vez dicotomizados, apresentam diferenças significativas de distribuição nos idosos portugueses em função da escolaridade e rendimento subjectivo e quase todos (a excepção é o “absorvido”) variam também em função do sexo (com desvantagem para as idosas). Em quase metade dos indicadores há também disparidades com significado estatístico ligadas à idade dos idosos (tendendo o grupo etário 75-84 anos a apresentar os piores resultados). Alguns variam também em função do tipo de localidade de residência), de um modo sempre favorável aos idosos que habitam numa grande cidade ou arredores.

⁸⁰ A auto-estima é, como se referiu, uma das duas “condições pessoais” a monitorizar, enquanto determinante da saúde mental, de acordo com a proposta do projecto MINDFUL.

os portugueses com 65 e mais anos apresentam resultados que, embora maioritariamente positivos, são manifestamente piores que os do conjunto da população nacional ou dos idosos de outras nações. Um aspecto que aqui se destaca - como sucede para os afectos positivos - é pois a tendência de agravamento com a idade penalizadora dos grupos etários mais velhos, enquanto fenómeno especialmente acentuado em Portugal que não é comum à generalidade dos outros países da EU15 estudados, onde estas características se mostram essencialmente estáveis (gráfico em 41-V-A8). No que toca à auto-estima e conceitos afins, a investigação tem, de resto, produzido resultados contraditórios quanto à sua evolução com a idade e em particular na velhice (v.g., Robins *et al.*, 2002), os quais, embora não directamente comparáveis, poderão introduzir pistas úteis. Por exemplo, a auto-aceitação (envolvendo reconhecimento tanto de atributos positivos como negativos) é uma das dimensões do modelo de BE eudaimónico de Ryff que se mostra empiricamente bastante estável entre os adultos, incluindo os de idades mais avançadas (Ryff *et al.*, 2004). Robins e colegas (*ob. cit.*), em contrapartida, encontram um aumento da auto-estima ao longo da vida adulta seguido de uma quebra acentuada, sobretudo entre os 70 e 80 anos, avançando para tal explicações alternativas que incluem, entre outras, as perdas de papéis sociais e demais alterações frequentes nesta fase da vida (diminuição da saúde, da posição social, viuvez, etc.). No estudo ESAW, observou-se uma ligeira diminuição de recursos do *self* entre os europeus mais velhos, inesperada para os autores atendendo à estabilidade reportada na literatura (Weber *et al.*, 2003). Mas a análise estatística revela que, em qualquer caso, não haverá efeito directo da idade no “valor próprio”, sugerindo-se no modelo proposto uma provável influência indirecta decorrente de alterações em variáveis como a saúde, segurança material e suporte social, as quais se revelaram significativos preditores do “valor próprio” e muitas vezes se agravam com a idade (Ferring, Wenger *et al.*, 2004). No presente estudo a forte associação encontrada entre o índice F. Psicológicos e a posição socioeconómica (bem como com outros estratificadores – ver Quadro 01-V-Anexo 9 e discussão de desigualdades em B.2.5) é compatível com esta noção de que as condições de vida influenciam a auto-estima/resiliência, podendo estar implicadas nos valores mais baixos encontrados entre os idosos nacionais (habitualmente também desfavorecidos nesse tipo de indicadores). Os gráficos em 41-V-A8 expressam visualmente tais desigualdades (e.g., auto-estima/resiliência alta 4 vezes mais frequente entre os idosos que não têm problemas de rendimento, face aos com maiores dificuldades, sendo atributo de metade dos que têm mais de 6 anos de escolaridade, mas só de um 1/5 dos sem habilitações). A relação igualmente significativa do índice com alguns resultados de saúde⁸¹ (02-V-Anexo 9), podendo subentender uma influência bidireccional, é também compatível com a hipótese de que a pior saúde deste subgrupo contribua igualmente para a sua menor auto-estima/ resiliência – para além de (interpretada no sentido causal inverso) recomendar atenção a estes factores como potenciais determinantes da saúde geral e BE.

Um conceito – ou talvez mais exactamente família de conceitos... – que tem sido repetidamente apontado como crucial para várias áreas da vida, incluindo a saúde mental e também física, nomeadamente dos idosos, é o de **controle**. Esta noção, como se viu no Cap. 2-B.2.1.2, estará subjacente a uma série de constructos mais específicos e operacionalizações diversas, cujas interrelações e fronteiras nem sempre são fáceis de destringir. O sentimento de domínio/*sense of mastery*, recomendado pelo projecto MINDFUL e pelo ECHI-2 como determinante da saúde a monitorizar, enquadrar-se-á neste domínio – mas infelizmente não se dispõe de dados para a população idosa portuguesa.

Há, no entanto, um item do WHS-Portugal, 2002/03, que operacionaliza a percepção de **(não) controle** (41-V-A8). Os dados sugerem que os casos em que os pessoas se sentem frequentemente incapazes de controlar os aspectos mais importantes da sua vida, em Portugal, embora relativamente raros (6% da população adulta), vão aumentando com a idade – sobretudo a partir dos 80 anos, em que quase 1/5 dos indivíduos (18%) se vê habitualmente nesta situação. Os resultados do inquérito para a totalidade da população (adulta) nacional são sugestivos de uma acentuada variação neste indicador de risco associada às condições socioeconómicas (e.g., 14% dos inquiridos no quintil inferior de rendimento reportam esta

⁸¹ Só com a Saúde Má, já que as variações (OR) dos scores em F. Psicológicos associadas à Limitação de Actividade e à Saúde Boa perdem o significado estatístico quando se faz o ajustamento para variáveis sociodemográficas.

situação, ao passo que menos de 2% dos mais ricos/quintil superior são afectados). A possibilidade de interpretação destes dados é limitada porém pela falta de elementos para comparação internacional.

Por sua vez o ESS3-2006 inclui um item que remete para a percepção de autonomia/controle de decisões (41-V-A8). Aqui os dados revelam que embora a grande maioria dos portugueses de 65+ anos (69%) se considere “livre de decidir como viver sua vida”, trata-se de uma proporção inferior à observada noutros países, onde mais de 4/5 (81%) dos idosos tem essa percepção. Por outro lado, merecerá porventura atenção o facto de nos demais países da EU15 estudados a autonomia nos idosos se mostrar ligeiramente mais elevada do que no conjunto da população, enquanto em Portugal a situação é tendencialmente inversa⁸². Uma análise mais detalhada da distribuição desta variável na população idosa portuguesa sugere, também neste caso, a implicação de factores contextuais, dadas as significativas *desigualdades* no grau de autonomia associadas a estratificadores de posição social (escolaridade e rendimento) e geográficos (Quadro 01-V-Anexo 9). O gráfico ilustrando os (3) níveis de autonomia nos vários subgrupos sociodemográficos demonstra aliás como as situações mais problemáticas neste plano são tendencialmente residuais entre os indivíduos por exemplo com maior escolaridade e sem dificuldades financeiras (em 41-V-A8). O indicador mostra significativa *associação com* todos *os resultados de saúde* e bem-estar analisados (02-V-Anexo 9), mas a sua expressão em termos de OR reduz-se e perde mesmo o significado estatístico quando ajustada para as variáveis sociodemográficas, excepto no que toca à saúde má (OR ajustado 1,5).

A investigação tem vindo a evidenciar importantes associações do optimismo (e pessimismo) com a funcionalidade e a saúde mental e física, incluindo efeitos na mortalidade dos idosos, para além de ser genericamente valorizado no âmbito do envelhecimento e qualidade de vida (cf., Cap. 2-B.2.1.2). Merecerá então atenção específica o indicador sobre este tema incluído no ESS3-2006 - que, para mais, é, lembre-se, parte integrante de um dos factores identificados BE-Actividade Significativa. Menos de metade dos idosos portugueses se manifesta “optimista quanto ao seu futuro” – uma proporção claramente inferior à observada entre os idosos de outros países mas, também, entre os portugueses em geral (64%) (tabela e gráfico em 47-V-A8). Mais uma vez, esta desvantagem particular dos portugueses mais velhos em termos de recursos psicológicos poderá talvez encontrar explicação parcial nas condições de desfavorecimento socioeconómico que afectam boa parte das pessoas nesta faixa etária – pois que entre os idosos com mais escolaridade ou sem dificuldades de rendimento os níveis de optimismo são próximos dos observados noutros países e cerca do dobro dos verificados entre os com mais dificuldades financeiras (01-V-Anexo 9). Observam-se porém igualmente outras *desigualdades* significativas na ocorrência do optimismo, associadas ao tipo de aglomerado de residência (maior nas grandes cidades), à idade (decrece na faixa etária 75-84 anos) e ao sexo (com a prevalência relativa de optimismo quase 50% superior nos homens face às mulheres). Por sua vez, a análise da *associação com os resultados de saúde* é compatível com a revisão de literatura efectuada, sugerindo significativa e forte relação deste indicador não só com o BE elevado, como também com a saúde subjectiva e limitação de actividades, mesmo quando avaliada através de OR ajustados para as variáveis demográficas, os quais, ainda que sofrendo redução, se mantêm significativos e de magnitude pelo menos equivalente a 2.

Uma análise dos outros itens que compõem o índice de Actividade Significativa sugere mais alguns aspectos a merecer atenção – e que serão em princípio elementos que tendencialmente se associam ao optimismo, remetendo, dir-se-ia, para um investimento positivo e activo no futuro e no presente (as próprias entrevistas qualitativas sugerindo também que o manter de uma atitude positiva depende em parte de – e ajuda a – o envolvimento em actividades). A comparação dos resultados dos idosos portugueses com congéneres da EU15 (gráfico e tabela em 47-V-A8), chama em particular a atenção para duas áreas de potencial vulnerabilidade mais notória das pessoas mais velhas no nosso país: o menor sentimento de realização com aquilo que se faz (embora, saliente-se, não apontem percepção de falta

⁸² Será de lembrar, ainda que os constructos não sejam directamente comparáveis, que a dimensão de autonomia do modelo de Ryff, é precisamente uma das vertentes de recursos psicológicos que se apresenta como de “força” nas idades avançadas sem indicação de declínio (v.g., Ryff, Singer, 2003 - cf. Cap.2-B.1.1.5, B.2.1.2).

valor associado ao que fazem); e a escassez de oportunidades de aprendizagem. Esta última merece ser especialmente destacada, quer por afectar 2/3 dos idosos nacionais (só 34% considera ter ocasiões para aprender coisas novas – o que é tanto mais grave quanto são 60% os que afirmam “adorar aprender coisas novas”); quer ainda por se tratar de um aspecto claramente contextual e, portanto, passível de mais fácil modificação. Os indicadores que compõe o índice de Actividade Significativa - tal como se viu que sucede para o próprio índice - revelam *desigualdades* significativas de prevalência associadas a todos os estratificadores analisados (excepto no que concerne à idade que não se associa a variações no sentimento de valor ou realização) (01-V-Anexo 9 e gráfico em 47-V-A8). No caso das oportunidades de aprendizagem, em que tais disparidades são especialmente acentuadas em desfavor das pessoas de mais fracos rendimentos e educação, aqueles com escolaridade superior a 6 anos encontram três vezes mais ocasiões de aprender do que os sem habilitações (traduzindo-se num impacte/ melhoria potencial de mais de 113% na situação nacional se se generalizassem essas condições mais favoráveis). Ao nível dos itens individuais encontram-se igualmente indicações de uma significativa e geralmente forte *associação com os resultados de saúde* e bem-estar já observada para o índice o seu conjunto – embora naturalmente com variações consoante os itens e tipo de resultado considerado (detalhes em 02-V-Anexo 9). Assim, por exemplo, para a saúde má encontra-se uma relação especialmente forte com as oportunidade de aprendizagem (RF =2,2), ao passo que o bem-estar elevado poderá estar mais ligado à percepção de valor no que se faz (sendo 10 vezes mais raro – e praticamente inexistente - entre os que não fazem uma avaliação positiva a esse respeito); por seu lado, o incremento da prevalência de optimismo implicaria um impacte potencial/melhoria bastante assinalável, designadamente nos níveis de BE elevado (76%) ou saúde boa (53%).

A dimensão espiritual tem vindo a ser estudada, como se viu, na sua relação com a saúde e BE, podendo atitudes e práticas a este nível constituir um eventual recurso promotor/protector, com implicações benéficas para a saúde física, mental, talvez de importância acrescida entre as populações mais velhas e/ou que enfrentam situações problemáticas (cf. Cap. 2-B.2.1.2). A informação obtida para os idosos portugueses respeita unicamente à vertente de **religiosidade**: três itens do ESS3-2006 focam quer a componente interna (nível auto-reportado de religiosidade), quer a frequência de práticas religiosas, seja pessoais (reza – excluindo serviços religiosos), seja colectivas/formais (participação em serviços religiosos)⁸³.

A interpretação dos dados (Fig. 42-V-A8) revela-se porém complexa. Numa primeira leitura, poder-se-ia valorizar este como um plano em que os idosos portugueses apresentam maior nível de recursos por comparação com idosos de outras nacionalidades ou com os portugueses em geral – já que se percebem como mais religiosos (média de 6,6 num máximo de 10) e relatam mais frequentes práticas individuais informais (61% reza diariamente ou várias vezes por semana, o que só sucede com 40% os seus congéneres europeus) e formais (37% vai à missa pelo menos semanalmente, sendo que na EU15 21% têm prática equivalente). No entanto, a análise das *relações* destes indicadores *com os resultados de saúde* e bem-estar (02-V-Anexo 9) levanta dúvidas sobre as implicações destes resultados, já que as associações significativas encontradas – das componentes internas e pessoais/informais com a Saúde Má e as Limitações de Actividade – vão no sentido inverso ao que será a tendência dominante identificada na investigação internacional. Ou seja, observam-se piores níveis de saúde e incapacidade entre os idosos com maiores crenças e práticas religiosas pessoais, diferenças que, pelo menos no caso da Saúde Má, se mantêm significativas (embora fracas) mesmo depois de ajustados os OR para as variáveis demográficas (OR 1,7 quanto à frequência de reza e 1,2 para o nível de religiosidade). Naturalmente (como acontece para todos os restantes itens), dados desta natureza nada afirmam sobre as relações causais subjacentes, podendo estar em jogo na associação sugerida a tendência, também contemplada nalgumas investigações e modelos teóricos (v.g., Kirby *et al.*, 2004) – e nas entrevistas realizadas (Cap. 3) - para este tipo de recurso se tornar mais saliente face a situações de stress ou fragilidade, designadamente de

⁸³ Este último indicador, assinala-se, implica já também outro tipo de aspectos, comportamentais e sociais (sendo pertinente, por exemplo, para a análise de formas de participação social, e podendo ter relação mais directa com factores como o suporte social ou a capacidade funcional).

saúde. Nesse caso seria então o maior nível de problemas experienciado a alimentar uma maior religiosidade (não estando inclusive fora de hipótese que esta pudesse, ainda assim, ter em simultâneo algum efeito protector no lidar com essas circunstâncias adversas – só que não suficientemente forte para anular o peso da relação no sentido inverso...). No entanto, é de salientar que estão igualmente descritas na literatura situações em que certo tipo de *coping* religioso parece agravar, em vez de reduzir, os níveis de sofrimento/*distress* (v.g., Kirby *et al.*, *ob. cit.*). Os dados não permitem clarificar quais destes ou outros eventuais mecanismos estarão em jogo. Dão porém apoio à ideia, também presente na literatura, de que estas questões poderão ter menor importância para os homens, já que nesse subgrupo não se observam associações significativas destes indicadores com resultados de saúde ou BE. Por outro lado, no que concerne à participação em serviços religiosos, que não tinha relação com a saúde do conjunto dos idosos, observa-se já associação significativa, ainda que pouco expressiva, no caso específico das mulheres. Aí sim, a direcção é a expectável: é mais frequente a Saúde Má e Limitações de Actividade entre quem não vai à missa semanalmente – o que, atendendo aos demais resultados, será possivelmente reflexo sobretudo de outros factores (e.g., sociais e/ou actividade/exigência física) que não propriamente a religiosidade. A análise da distribuição das práticas e crenças religiosas entre os subgrupos de portugueses com mais de 64 anos revela diferenças significativas em função não só do sexo, mas também do tipo de local de residência, e ainda da posição social (excepto no que toca à missa semanal), mas não da idade (01-V-Anexo 9) – ou seja, expressam menor religiosidade (crenças e práticas informais/pessoais), os homens, as pessoas mais escolarizadas, as sem dificuldades financeiras e os cidadãos; são também estes últimos e os homens quem menos frequenta serviços religiosos. Se as implicações para a saúde da religiosidade ficam aqui pouco claras, o que parece indubitável é a importância deste domínio para os idosos portugueses – expressa também directamente por mais de 80% dos inquiridos em questão directa do EB 62.2 de 2004 (Fig. 36-V-A8) (uma percentagem superior à observada no conjunto da EU15) e indirectamente em dados como os de ocupação de tempo (Fig. 48-V-A8) ou pertença a organizações religiosas (Fig. 64-V-A8).

Em **síntese** na sequência de resultados de saúde e bem-estar (secção B.2) sugerindo uma situação de saúde mental dos portugueses mais velhos bastante pouco favorável, uma análise mais detalhada de afectos positivos e negativos específicos leva à constatação de que os piores resultados dos portugueses por comparação com outros idosos da UE15 se estendem à quase totalidade de sintomas psicológicos (negativos) e emoções positivas estudados. Mesmo assim, poder-se-ão talvez destacar como comparativamente mais importantes no nosso país, por exemplo a sensação de esforço, cansaço e aborrecimento, mas também a ansiedade e tristeza, e a mais rara tranquilidade ou sensação de estar repousado ao acordar. Mas, de um modo geral, todos os tipos de afectos analisados merecerão atenção não só pelas implicações directas para o bem-estar e saúde mental como também pelas suas potenciais consequências para a saúde física e funcionalidade, que a literatura evidencia e são suportadas pelas associações, genericamente fortes encontradas no presente estudo⁸⁴ (ainda que com padrões diversificados consoante os itens) . A intervenção deverá ter em conta a provável associação destes problemas emocionais com as condições de vida dos idosos portugueses, expressa em desigualdades significativas na sua distribuição entre subgrupos sociais (já observadas a propósito dos índices construídos com base no conjunto destes indicadores). Especialmente consistentes e acentuadas são as iniquidades socioeconómicas; as desigualdades de género, penalizando as mulheres, embora não atingindo valores tão altos são também generalizáveis à quase totalidade dos afectos, observando-se ainda para alguns deles um agravamento após os 74 anos, bem como um relativo privilégio dos idosos urbanos (grandes cidades ou arredores).

⁸⁴ Embora, lembre-se mais uma vez, os dados analisados nada permitam afirmar sobre o sentido da causalidade implicada – a qual neste tipo de variáveis será, em qualquer caso, provavelmente bidireccional: i.e., as associações encontradas reflectirão eventualmente uma situação de saúde subjectiva e incapacidade agravadas e falta de bem-estar influenciadas por uma pior saúde mental, mas também afectos que se tornam menos favoráveis em resultado da vivência de problemas de saúde e perdas de funcionalidade. Para além disso, uma tendência individual para dar respostas mais negativas, poderá introduzir um enviesamento paralelo neste tipo de variáveis que solicitam apreciações subjectivas.

Mas para além da possível relação com condições de vida, esta sintomatologia prende-se também, provavelmente, com uma certa fragilidade de recursos psicológicos, indiciada pelos (poucos) indicadores desse foro que foi possível analisar. A proporção de população de 65+ anos que expressa nomeadamente baixo nível de auto-estima e resiliência, de autonomia/controle sobre decisões, de “actividade significativa”, de optimismo e de sentimentos de realização, embora minoritária (excepto quanto à falta de optimismo), é claramente superior à observada noutros países da Europa dos 15. Mas além da sua mais reduzida prevalência, destaca-se em Portugal, para vários destes recursos (como já sucedia para dimensões de bem-estar subjectivo/ emocional), um fenómeno de agravamento nas idades mais avançadas que não é regra noutros países e constitui, por isso, área a merecer investigação adicional – bem como promessa de margem para ganhos de saúde e bem-estar. Outra vertente que alimenta expectativas de hipotéticos ganhos nestes domínios, são as assinaláveis desigualdades socioeconómicas e outras iniquidades que, de um modo geral se associam a estes indicadores. Embora não seja obviamente possível retirar daí conclusões quanto a relações causais subjacentes, e menos ainda quanto aos mecanismos específicos envolvidos, conjugados com a literatura tais dados sugerem que parte destas fragilidades psicológicas podem ser, também elas, alimentadas por dificuldades de vida actuais – e, portanto, melhoradas por apoio nessas vertentes. Assim por exemplo, a escassez de recursos económicos (e património educacional, informativo, etc.) tenderá a diminuir as possibilidades práticas de resolução de problemas (e.g., decorrentes da perda de saúde e de capacidade funcional), bem como até a própria satisfação das necessidades básicas quotidianas, incrementando experiências de “crónica” perda de controle e autonomia e desincentivando expectativas positivas face ao futuro. Relembre-se ainda que as entrevistas realizadas (Cap. 3) fornecem, através das palavras de pessoas idosas, várias ilustrações de relações desse tipo.

Mais genericamente, desse estudo qualitativo ressaltou também a importância que, para vários dos entrevistados, podem assumir aspectos psicológicos (aproximando-se, nomeadamente, dos conceitos de optimismo e controle) enquanto factores/estratégias de manutenção da saúde. Por sua vez, no plano dos dados quantitativos, as associações, significativas e muitas vezes fortes, que vários dos indicadores revelaram com resultados de saúde/ bem-estar, reflectirão provavelmente não só o impacte (negativo) que o agravamento da saúde pode ter no funcionamento psicológico, mas também, no sentido inverso, esse efeito (de resto bem documentado na literatura, cf. Cap. 2-B.2.1.2), que fragilidades em características ou condições pessoais como o optimismo, falta de controle /autonomia ou auto-estima podem ter na qualidade de vida e bem-estar, na saúde (incluindo morbilidade física e mortalidade) e funcionalidade (incluindo actividade/participação). Outras tantas razões, portanto, para que este tipo de aspectos seja contemplado enquanto potencial determinante de relevo na saúde dos idosos em Portugal.

Importa reafirmar sugerirem os dados que várias destas condições psicológicas serão recursos já presentes na maioria dos idosos portugueses - simplesmente não com prevalências tão alargadas como noutros grupos populacionais. Por outro lado, há aspectos - como o gosto de aprender, o sentimento de valor no que se faz, ou possivelmente a tendência para planear o futuro – que, não se apresentando deficitários, constituem forças potenciais a incentivar. O envolvimento religioso – única vertente da espiritualidade que foi possível explorar – apresentava-se inclusive como uma área de vantagem relativa face a outras populações europeias; os dados não sustentam porém (embora também não inviabilizem) uma interpretação deste tipo de crenças e práticas como recurso de saúde, sugerindo o interesse de aprofundar as implicações de uma questão que é bastante presente no quotidiano de muitos idosos no nosso país.

A leitura que se procurou fazer dos indicadores disponíveis não deve em todo caso ocultar a realidade de uma importante falta de informação neste domínio – não só o tipo de dados usado constitui uma aproximação superficial às temáticas abordadas, como não foi possível obter elementos sobre uma série de outras dimensões possivelmente relevantes (desde, e.g., outras componentes de funcionamento psicológico e social dos modelos de Ryff e de Keyes, até à vertente de funcionamento cognitivo passando por aspectos mais difíceis de avaliar com recurso a instrumentos populacionais, como as estratégias adaptativas usadas).

B.3.1.3. COMPORTAMENTOS

O ECHI-2 (2005) inclui uma série de indicadores na rubrica de determinantes “Comportamentos de saúde”, que subdivide em 3 grupos: Consumo de substâncias (tóxicas)/*Substance use*; Nutrição; Outros comportamentos relacionados com a saúde.

No sistema de indicadores europeu, os indicadores de comportamentos de **consumo** contemplam drogas ilícitas, tabaco e álcool; só os dois últimos terão maior relevância para idosos (ver Cap. 2-B.2.1.3), não constando, de qualquer modo, nenhum deles da selecção do ECHI-2, para este grupo população. Relativamente ao tabaco os resultados do mais recente INS - 2005/06 (tabelas e gráficos 43-V-A8) confirmam que os hábitos deste tipo são bastante menos frequentes entre os mais velhos (5%) do que na população portuguesa em geral (20%), sendo que os dados do Eurobarómetro 64, de 2005 sugerem que no nosso país são nesse grupo inclusive menos de metade do observado nos idosos europeus. Esta situação mais favorável no conjunto dos idosos portugueses reflectirá, em boa medida, a raridade dos hábitos tabágicos das mulheres destas gerações – só 1% fuma actualmente (contra 16% dos homens idosos), sendo que 98% nunca fumou. O facto das gerações mais novas terem hábitos distintos, com uma proporção bem mais significativa de mulheres fumadoras (cerca de 1/3 fuma ou já fumou no grupo etário dos 35-44 anos - aquele com mais fumadoras, segundo o 4º INS), gera algumas preocupações relativamente à evolução futura deste indicador. Em todo o caso, na última década, com base nos Eurobarómetros analisados, se a prevalência na população portuguesa parece ter sofrido um ligeiro aumento (ficando ainda assim aquém da média europeia, apesar desta baixar um ponto percentual no mesmo período), tal não teve, nesta fase, equivalência no grupo mais velho nacional, inclusive com tendência oposta. Por outro lado, será talvez de valorizar que, nos homens portugueses, entre os 35 e 64 anos há uma proporção crescente de pessoas que deixaram de fumar, fenómeno que (provavelmente a par de uma mortalidade diferencial...) faz com que sejam relativamente poucos os que entram na idade da reforma com este tipo de consumos.

Relativamente ao consumo de álcool são escassos os dados relevantes disponíveis para a população idosa nacional (tabela e gráfico em 43-V-A8). Segundo o 4º INS (2005/2006) um pouco mais de metade (56%) das pessoas nesta faixa etária consumiu pelo menos uma bebida alcoólica no último ano, proporção ligeiramente superior à observada no conjunto da população (54%) e ocultando grande desigualdade entre sexos (com o dobro da prevalência entre os homens). Tais dados são, no entanto, pouco expressivos em termos de implicações para a saúde, já que os potenciais riscos do álcool dependem da quantidade consumida, que, sendo pequena, pode não ser prejudicial (ou porventura até benéfica – embora tais indicações suscitem alguma reserva: ver Cap. 2-B.2.1.3). Mais claramente favorável, embora não específica para a faixa etária mais velha, é a forte tendência de decréscimo do consumo anual em litros/*per capita*, que fez com que Portugal que, em 1995, tinha consumos muito superiores à média europeia, tivesse já em 2003 um nível equiparado (11L) à EU15 (WHO-HFA database). É de notar que um entendimento mais nítido do padrão de consumo de álcool requer um conjunto de indicadores, que podem variar em sentidos diferentes. Exemplificando, e de acordo com o *Special* EB 186/59.0 (EORG, 2003b), a população portuguesa no seu conjunto ocupava em 2002 o penúltimo lugar no ranking da EU15 em termos de % de pessoas que haviam consumido álcool no último mês e um dos últimos quanto ao nº de bebidas consumidas por dia, mas ficava em primeiro lugar em termos de nº médio de dias em que é consumido álcool. Era também aquele em que o vinho é mais frequentemente bebido⁸⁵, levando os autores do relatório a sugerir ser este consumo uma actividade do quotidiano, socialmente integrada - aspecto que parece reforçado pelo facto de Portugal ocupar o segundo lugar do ranking em termos de pessoas que afirmam beber só ou sobretudo durante as refeições. Embora não sejam apresentados dados

⁸⁵ Dados do 4º INS não incluídos nos quadros, confirmam que o vinho é sem dúvida o tipo de bebida de eleição para os idosos portugueses, sendo consumido pela quase totalidade dos que tomaram alguma bebida alcoólica no último ano (e.g., 79% dos homens e 40% das mulheres de 65-74 anos); no entanto, entre os homens, a cerveja – que predomina até aos 35 anos – vai tendo também já alguma expressão, sobretudo no grupo dos 65-74 anos (46,5%) mas abrangendo ainda 31% do grupo etário seguinte, até aos 84 anos (INSA/INE, 2007b, Quadro 12.3).

específicos para o nosso país, no conjunto da EU15 são precisamente os mais velhos (55+ anos) aqueles que mais bebem só durante as refeições. Já quanto a ocasiões em que há um consumo excessivo de álcool, Portugal ocupa uma posição intermédia na EU15, sendo este um tipo de comportamento que tende a ser menos frequente entre os europeus com mais de 55 anos.

Em termos de **nutrição**, entre os vários indicadores propostos pelo ECHI-2, são apontados como especificamente relevantes para os mais velhos o consumo/disponibilidade de peixe, de fruta (excluindo sumos) e de vegetais, bem como o aporte total energético. Os dados analisados são só aproximativos, não se tendo tido acesso a este tipo de informação recente e detalhada para os idosos nacionais (tabelas e gráficos em 44-V-A8). A informação mais recente da base de dados da OMS-Europa (HFA-DB) é sugestiva de problemas na alimentação nacional em termos de calorias totais disponíveis, com um valor médio que em 1995 já era superior ao observado no conjunto da EU15 e desde então até 2003 se agravou ainda mais (mais de 3700 Kcal/dia/pess). Em contrapartida, outro indicador em que os valores portugueses se destacam dos europeus, é no sentido favorável de uma maior disponibilidade entre nós de frutas e legumes (cerca de 300 Kg/ano/pess). Dados do projecto DAFNE, que não vão além do ano 2000, referentes também à disponibilidade de várias categorias de alimentos mas, neste caso, por unidade familiar, permitem observar que nessa altura algumas das características positivas da alimentação nacional – como a elevada presença de peixe (a mais alta da Europa), de legumes e de fruta – são ainda mais acentuadas nos agregados com idosos (1 ou 2 idosos vivendo sós, ou agregado com representante reformado). A análise dos dados nacionais feita por Rodrigues e Almeida (2005) alertava no entanto para uma clara tendência de afastamento de Portugal da dieta de tipo mediterrânico – que poderá afectar mais marcadamente a próxima geração de idosos. Em contrapartida, esses autores notavam um decréscimo positivo no país na disponibilidade de bebidas alcoólicas, açúcar e lípidos adicionados – elementos que por sua vez se observa estarem mais presentes em agregados de idosos do que na média das famílias nacionais (com excepção do álcool em idosos vivendo sós).

Quanto a **outros tipos de “comportamentos** relacionados com a saúde” o ECHI-2 inclui diversos indicadores relativos a aspectos *“which have been shown to influence serious health problems”* (2005, Annex 5, p. 64)⁸⁶, dos quais só dois são seleccionados para a lista específica de idosos: actividade física e participação em acção /desenvolvimento comunitário.

No que toca à actividade física (tabelas e gráficos 46-V-A8), dados do último INS – 2005/06 indicam que (se excluirmos os com grave limitações à mobilidade), a maioria (60%) dos portugueses idosos tem actividade física moderada ou vigorosa, uma proporção que, embora com uma ligeira tendência a baixar nas décadas que antecedem os 65 anos, não mostra grande afastamento da média da população nacional (69%). Em todo o caso nas idades mais avançadas aumentam aqueles que não vão além de um nível leve de actividade, situação que se torna maioritária (64%) entre as mulheres de 85+ anos.

Por sua vez, dados do EB 58.2 sobre o mesmo tema sugerem que são raros os idosos portugueses que praticam alguma actividade física vigorosa (10% - contra 20% na EU15) e que só metade se envolvem em actividade requerendo esforço moderado (excluindo andar); mais preocupante ainda será a situação de cerca de 1/4, que nunca sequer andou pelo menos durante 10 minutos na semana em análise. Mesmo assim, menos de metade (40%) terá o hábito de passar mais de 4h30 sentado por dia (uma percentagem bastante inferior aos 60% observados na EU15) e, para 1/4, o tempo diário sentado é inclusive inferior a 2h30, sendo que, por outro lado, quase todos os 50% que têm alguma actividade de nível moderado a fazem em média pelo menos 30 minutos por dia (o que genericamente corresponderá, como se viu, aos níveis recomendados pela OMS). Este tipo de padrão pode ser sugestivo de um tipo de exercício que está estreitamente imbricado na actividade quotidiana dos indivíduos, ao invés de praticado especificamente com esse fito. Tal hipótese é também sustentada pelas questões sobre os contextos em que decorre a

⁸⁶ Exemplos de outras temáticas incluídas no ECHI-2 nesta rubrica diversificada são os comportamentos sexuais, os relativos à segurança rodoviária, a exposição a ultravioletas ou os hábitos de higiene oral. No presente trabalho, os comportamentos mais directamente relacionados com a saúde – e em particular com a doença – enquadrados na introdução teórica sob a designação de práticas de saúde (Cap. 2-B.2.1.3), são discutidos em B.3.2., valorizando a sua estreita relação com os serviços e cuidados de saúde.

actividade física: sobretudo as deslocações (67%) e o trabalho doméstico (60%) para os idosos portugueses, sendo poucos (12%) os que fazem desporto ou outras actividades de lazer implicando algum esforço físico – um valor muito inferior ao observado entre os idosos europeus (37%) ou entre os portugueses em geral (36% - o valor mais baixo, aliás, entre os países da EU15)⁸⁷. Parte desse menor envolvimento nacional em actividades especificamente vocacionadas para o exercício físico poderá associar-se à insuficiência das condições contextuais para tal. De facto, a avaliação das oportunidades existentes (seja na zona de residência, da responsabilidade das autarquias ou proporcionadas por clubes ou outros operadores locais) destaca-se sempre, em Portugal, como bastante inferior à da generalidade dos países europeus, sendo a dos idosos ainda mais desfavorável, com pouco mais de 40% a reconhecer a existência de boas oportunidades de qualquer um destes tipos⁸⁸.

Um outro indicador muito genérico do ESS3-2006, transmite uma imagem comparativa mais negativa no quadro europeu, com pouco mais de 1/6 dos portugueses mais velhos a considerar que a sua vida envolve muita actividade física, uma proporção que é quase duplicada pelos seus congéneres noutros países. É interessante assinalar que este indicador apresenta significativa *associação com os resultados de saúde* analisados no ESS3 (Saúde Má e Boa e Limitação de Actividade), mas não com o BE-elevado - sendo dos poucos que entre os homens tem relação com a saúde boa -, e que a idade é a única variável sociodemográfica que se associa a *diferenças* assinaláveis na sua distribuição (n.s.<0,05), com menor prevalência de uma vida avaliada como muito activa entre os idosos de 75-84 anos por comparação com os de idade inferior ...e superior.

Mas a questão da actividade na sua relação com a saúde, de modo algum se esgota, como se viu, na actividade física (Cap. 2-B.2.1.3). Abrangendo, de acordo com a definição da CIF (OMS, 2004) todas áreas vitais, a actividade/ participação encontra-se referenciada em diversos pontos deste Perfil - quer como finalidade última da promoção da saúde e bem estar, quer como determinante a visar enquanto objectivo intermédio da intervenção.

A participação em aspectos como o envolvimento associativo, comportamentos pró-sociais e outras dimensões comunitárias, cívicas e políticas (área para a qual remeterá o indicador do ECHI-2 de participação em acção /desenvolvimento comunitário), foi abordada em particular no Cap. 3, atendendo à sua implicação no *empowerment* e literacia crítica em saúde, sendo também pertinente para a discussão do Capital Social (B.3.3.3), onde é brevemente retomada – constatando-se genericamente ser uma área com pouca expressividade entre idosos portugueses. Pelo contrário, formas de participação social mais conviviais/de socialização, sobretudo informal, revelam-se um recurso importante, aparentemente bem desenvolvido, atendendo à vantagem relativa face a outros europeus em indicadores de convívio analisados. Mas resta ainda um vasto leque de outras actividades - do lazer ao envolvimento produtivo (em sentido amplo), passando pela aprendizagem ou outros processos de desenvolvimento pessoal, e uma série de outras acções que contribuem para aspectos como o conforto, autonomia, comunicação, informação, etc. - incluindo práticas de saúde (cf. Cap. 2). Há, por outro lado, indicações de que, para além das questões ligadas aos conteúdos/tipos concretos de actividades, serão também relevantes aspectos mais genéricos, como o nível de actividade ou padrão de ocupação de tempo - ou ainda outros, como o seu significado subjectivo. As entrevistas realizadas (Cap. 3), bem como o índice “Actividade significativa” (debatido na secção anterior e a propósito do BE-B.2.5) trouxeram aliás alguma corroboração empírica nesse sentido. Não sendo possível obter informação sobre a situação dos idosos portugueses nestas múltiplas vertentes, há no entanto alguns elementos disponíveis pertinentes para a exploração da temática. Dados do Inquérito à Ocupação do Tempo, embora pouco actuais (1999), têm o mérito do detalhe e abrangência com que

⁸⁷ Também os dados do Inquérito à Ocupação do Tempo, de 1999, adiante analisados (tabela e gráfico 48-V-A8), concorrem nesse sentido. Apontam uma importante ocupação do tempo da população reformada em actividades produtivas (parte das quais se pressupõe exigirem alguma actividade física), e quase 1h média diária em trajectos vários (sem indicação de meio de transporte, mas, dada a reduzida proporção de proprietários de carro neste grupo, implicando razoável probabilidade de envolver algum percurso a pé) e a rara prática desportiva – exceptuando os passeios a pé, aos quais mesmo assim se dedicariam quotidianamente cerca de 16% dos reformados.

⁸⁸ Por outro lado, os dados do EB 60.1 - 2003, levam a colocar a hipótese de que esses obstáculos estruturais poderão ser de pouca relevância, pelo menos para as mulheres idosas; já as práticas desportivas entendidas como tal nunca são por estas apontadas entre as principais áreas potenciais de envolvimento a nível de lazer (gráfico 49-V-A8).

abarcam a totalidade das actividades realizadas num dia médio da população portuguesa reformada (tabela e gráfico, 48-V-A8). Constata-se que, a seguir aos cuidados pessoais, são as actividades de tipo produtivo que mais se destacam pelo tempo médio que ocupam e pela prevalência neste grupo da população. Inclui-se aqui o trabalho profissional, que embora com pouca expressão no conjunto da população, representa 5 horas de ocupação média diária para os cerca de 7% envolvidos; mas, mais relevantes para esta população reformada, são actividades domésticas e familiares, praticadas por mais de 81%, e ocupando quase 4 horas do dia da generalidade desta população. Há a considerar ainda as actividades cívicas e de voluntariado (nesta população essencialmente apoio informal ou actividades religiosas) que, com um peso que não chega a 30 minutos diários médios no total do grupo, são mesmo assim assinaladas como envolvendo mais de 1/4 dos reformados, ocupando quase 2 horas de um dia médio. Nas actividades de lazer sobressai destacadamente a televisão – aliás, a mais prevalente das ocupações específicas (que não de cuidados pessoais), praticada diariamente por 83% dos reformados e correspondendo a quase 3 horas do tempo diário desta população. A leitura – em que dominam os jornais – e os jogos, são outras actividades com alguma expressão, ainda que muito inferior em prevalência (respectivamente 15% e 5%) e duração. Curiosamente, as actividades sociais, conviviais só fazem parte do quotidiano de pouco mais de metade dos reformados (entre os quais ocupam pouco menos de 2h/dia), ainda que juntamente com outras e lazer passivo, abarquem 72% desta população. Embora apareçam assinalados 19% de praticantes regulares de desporto, na verdade tal refere-se quase exclusivamente a passeios a pé (16% dos reformados, os quais andam quase 2 h/dia). O tempo gasto em trajectos vários tem também alguma expressividade na ocupação diária dos reformados portugueses (aprox. 1 hora). Já actividades classificadas como de estudo, entretenimento e cultura são praticamente inexistentes.

Não se dispõe de dados relativos às variações sociodemográficas na ocupação do tempo, excepto no que toca ao género. Destas, poderá destacar-se que as mulheres têm uma maior taxa de participação (e mais tempo ocupado) em actividades produtivas do que os homens, já que estes sobressaem só no trabalho de tipo profissional exercendo menos outras ocupações (domésticas/familiares, de apoio informal ou cívicas). Em contrapartida os homens têm muito mais participação do que as mulheres, por exemplo, em actividades desportivas/andar a pé, de leitura e passatempo/jogos.

O fraco envolvimento da população idosa portuguesa em diversas áreas de lazer, em sentido lato, que não as formas mais passivas (ver televisão, ler jornais), já indiciado pelos dados anteriores e por outros de participação analisados noutros pontos, é reforçado pelo EB 60.1 de 2003 (tabela/gráfico 49-V-A8). Este EB, indagando sobre o envolvimento potencial em vários tipos de actividades (selecção de 3 em 12), mostra ser rara a preferência quer por actividades de tipo cívico/comunitário organizado, quer de âmbito cultural ou artístico. A religião (sobretudo para as mulheres) e a ajuda aos outros (para ambos os sexos) ocupam, isolados, os primeiros lugares das escolhas. Interessante mesmo assim é o peso atribuído à preservação de costumes/tradições, que ocupa o lugar seguinte do *ranking*, seguindo-se a aprendizagem, favorecida ainda por 10% da população. Mas talvez particularmente expressivo será o facto de 41% dos idosos portugueses espontaneamente expressar a improbabilidade de se envolver em qualquer dos 12 tipos de actividades propostos. Os dados sublinham bem, por outro lado, as marcadas diferenças de hábitos/ interesses de ocupação dos idosos nacionais face aos do conjunto da EU15, manifestas quer na frequência de escolha, quer no *ranking* final de praticamente todos os tipos de actividade considerados. Esta distanciação dos padrões europeus parece, para além do mais, dizer respeito sobretudo aos mais velhos, já que para o conjunto da população nacional, embora também se constatem diferenças, dir-se-á existir mesmo assim uma maior proximidade na ordenação geral de preferências face à média europeia.

Um aspecto que não fica claro num indicador deste tipo é em que medida as oportunidades reais de envolvimento pesam nas escolhas efectuadas. Será a este propósito de assinalar que as ocasiões de lazer poderão ser menores do que o desejável para um proporção significativa dos idosos nacionais, com 1/3 a afirmar ser raro ter tempo para fazer o que gosta (situação que afecta só 1/4 de outros europeus) (ESS3-2006 – 49-V-A8). Por outro lado, a importância dessas oportunidade de lazer será também ligeiramente menos valorizada pelos portugueses (36%), por comparação com outros europeus de 65+ anos (40%).

Em **síntese**, quanto aos comportamentos de saúde que com frequência constituem o objecto preferencial de atenção em promoção da saúde – tabaco, álcool, alimentação e actividade física – da análise dos

indicadores disponíveis sobressai talvez em primeiro lugar o facto da situação dos idosos em Portugal não ser particularmente desfavorável, por comparação com outros países europeus, ao invés do que tem acontecido com quase todos os outros indicadores analisados. Embora os dados sejam insuficientes para observações mais conclusivas, sugerem também (ao contrário do que acontece noutros casos) que pode justificar mais preocupação a evolução futura da situação, face a hábitos menos saudáveis em termos de tabaco e provavelmente de alimentação das próximas gerações de idosos. De facto, são relativamente poucas as pessoas de 65+ mais anos que actualmente fumam em Portugal - e quase exclusivamente homens; embora nos próximos 10 a 20 anos o problema se deva colocar também já para as mulheres, quando coortes com maior peso de fumadoras chegarem a esta idade. Mesmo assim, os dados indicam uma proporção importante de pessoas a deixar de fumar em idades mais jovens, sugerindo que a problemática poderá continuar a ser menos importante nesta do que noutras fases da vida. De qualquer modo, atendendo a que os riscos do tabaco para a saúde e capacidade funcional se expressam de forma particularmente evidente em idades mais avançadas e os benefícios e viabilidade/efectividade da cessação tabágica estão demonstrados também para este grupo (em especial nos 65-74 anos) (v.g., Fletcher *et al.*, 1999), é naturalmente recomendável como alvo de promoção da saúde. A situação em termos de consumo de álcool é menos clara, dada a escassez de indicadores específicos para os idosos. Os analisados indicam que a grande maioria dos homens e parte significativa das mulheres consumiu alguma bebida alcoólica no último ano – quase sempre vinho mas sendo a cerveja em todo o caso já também frequente entre os homens idosos mais jovens. Sem informação sobre a quantidade, tal é compatível com um consumo, pontual ou regular, de vinho a acompanhar a refeição - como é característico da cultura nacional – mas pode incluir igualmente consumos de maior risco para a saúde.

Embora não sejam muito específicos nem actuais, os dados são sugestivos de que a alimentação dos (idosos) portugueses poderá partilhar ainda de várias características positivas da dieta mediterrânica (como uma presença relativamente elevada de legumes e fruta, sendo também os portugueses os que dispõem de mais peixe). Apontam contudo no sentido de potencial perda desta vantagem em gerações futuras de idosos, face alguma tendência de desvio a esses padrões indiciada na população nacional em geral. Aspectos que, no imediato, parecem poder gerar mais preocupação terão que ver sobretudo com o excesso de açúcares e lípidos adicionados observado de modo acrescido em agregados familiares de idosos. Tal poderá contribuir para estender também a esta faixa etária o elevado consumo calórico constado para a generalidade da população do nosso país e que a prevalência de excesso de peso já antes comentada igualmente indicia existir neste grupo. Para este último problema deverão contribuir também níveis insuficientes de actividade física que parecem afectar uma proporção relevante dos idosos nacionais. Em todo o caso, é de valorizar que, segundo alguns dos dados disponíveis, pelo menos 1/2 dos portugueses de 65+ anos poderá estar a ter um nível de actividade compatível com os mínimos recomendados para a OMS. Os elementos analisados levaram a subscrever a hipótese de que em Portugal seja particularmente reduzido o envolvimento dos mais velhos (e não só) em actividades com o fito específico de exercício físico (ou outras de lazer com benefícios a esse nível) – sendo também insuficientes as oportunidades que os contextos locais proporcionam nesse sentido - mas mais positivos os hábitos de actividade quotidiana.

Os detalhados dados quantitativos disponíveis quanto ao padrão de ocupação dos idosos nacionais (embora já com cerca de uma década, e a desvantagem de não permitirem comparação transnacional ou análise da distribuição sociodemográfica) são sugestivos de um dia a dia em que as actividades de tipo utilitário e produtivo têm um peso importante. A actividade económica é naturalmente minoritária (relembre-se no entanto, que é uma das mais elevadas da EU15, sendo também comparativamente tardia a idade média de saída do mercado de trabalho dos portugueses), mas serão muitos os que dedicam várias horas por dia às tarefas domésticas e familiares, sendo não tão raros assim os apoios informais prestados e a participação em actividades religiosas, de acordo com o IOT-1999. Não negligenciável é ainda o tempo empregue em deslocações diversas. Convirá não subestimar a potencial importância subjectiva que esse tipo de actividades – mesmo as simples tarefas domésticas – pode ter para os mais velhos, de acordo com a centralidade que o poder ir “indo e fazendo” “as suas coisas” e o estar ocupado/“*não para*” assumiu no discurso de vários entrevistados, no quadro do estudo qualitativo realizado (cf. Cap. 3). Têm, por outro lado, uma conotação geral com o estar “activo”, com os potenciais benefícios para a saúde que a literatura

tem associado ao nível geral de actividade – para mais tratando-se, como será o caso de parte destes comportamentos, de acções que envolvem actividade física.

As actividades de tipo convivial/socialização têm algum peso na ocupação diária de mais de metade dos idosos, de acordo com o OIT – mas, atendendo também, por exemplo, a que cerca de 40% considerava “conviver menos que a maioria” (dados do ESS3 discutidos a propósito do ambiente social – B.3.3.1), será talvez uma área de actividade que beneficiaria de desenvolvimento.

No entanto, o aspecto que mais se destaca pela negativa no padrão de actividade dos idosos portugueses é o aparentemente escasso envolvimento em actividades de lazer, para além de entretenimento passivo, televisão e eventualmente leitura (15%). Dados do IOT, mas também do EB 60.1 destacam em particular a expressão quase nula de práticas e possivelmente interesses de tipo cultural ou artístico, para além da fraca participação política e cívica/comunitária (formal) já amplamente discutida noutros pontos – aspectos em que os portugueses mais velhos se diferenciam francamente dos seus congéneres europeus. Se bem que estes dados sejam claramente sugestivos de uma certa limitação/escassa diversificação de interesses – que se poderá (sem dispor de dados sociodemográficos...) hipotetizar associada aos baixos níveis educacionais e provavelmente pouco ricas experiências culturais que caracterizarão boa parte desta população -, fica em todo o caso em aberto em que medida existirá outro tipo de actividades, não inquiridas, que pudessem motivar este grupo, bem como o grau em que as oportunidades de envolvimento efectivamente existentes pesam na participação observada (e na avaliação pedida no EB 60.1). Um domínio em que a falta de oportunidades/condições estruturais parece ser claramente relevante é o da aprendizagem, atendendo quer aos dados analisados nesta secção, quer aos indicadores do ESS3 apresentados em 47-V-A8. Também o interesse expresso em “preservar costumes/tradições” não encontrará possivelmente correspondente oportunidade de exercício.

Estas serão pois áreas que parecem justificar atenção na promoção da saúde dos idosos em Portugal. Mas se a literatura indica que actividades mais complexas – assim como as mais estimulantes do ponto de vista cognitivo – podem ter benefícios acrescidos para a saúde/bem-estar dos mais velhos (cf. Cap. 2-B.2.1.3) e a participação cívica, por exemplo, como foi já também discutido (v.g. Cap. 3-C.3), será crucial para processos de maior equidade, *empowerment* colectivo e controle sobre os determinantes da saúde por este grupo da população, convém também contrapor a esse o argumento de que a importância da actividade/participação decorre em boa medida do significado e valorização específica que assume para os indivíduos em causa, não sendo nesse sentido legítimo estipular a priori o benefício de um dado tipo de actividades. Mesmo assim, lembre-se (ver itens do índice “Actividade significativa” – 47-V-A8) que, se grande parte dos idosos portugueses considerava que “o que faz tem valor”, eram bastante menos (e significativamente menos do que noutros países europeus) aqueles que se sentiam realizados com essa ocupação...

B.3.1.4. ACONTECIMENTOS DE VIDA E STRESS

O ECHI-2 recomenda a ocorrência de “acontecimentos de vida” negativos como um dos indicadores a integrar a lista específica para idosos (2005)⁸⁹. Não dispondo de tais dados, pode-se só apontar, a título meramente indicativo, a seguinte informação para dois tipos de eventos importantes e frequentes nessa fase da vida (cf. Cap. 2-B.2.1.4):

- **Viuvez:** “Dos óbitos ocorridos em Portugal, em 2006, resultaram 12.771 viúvos e 32.439 viúvas. A viuvez afecta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade masculina, o que justifica a disparidade da taxa bruta de viuvez entre mulheres e homens: 2,3 por mil homens e 6,3 por mil mulheres”, valores que eram máximos na regiões mais envelhecidas - Alentejo, seguido de Centro e Algarve (INE, 2008c)⁹⁰.
- **Passagem à Reforma:** Como aproximação indirecta ao volume de novos reformados em cada ano pode-se assinalar que, com referência só ao Regime Geral da Segurança Social, deram entrada num semestre (1º de 2007), 48.248 requerimentos de Pensão Velhice (55,7% de homens) (MTSS, 2007).

⁸⁹ Operacionalizado como “% population with at least one event during last 12 months. 12-item scale of Brugha et al.” (ECHI-2, 2005, An. 5, p. 70).

⁹⁰ Sublinhe-se que estes dados correspondem a totais nacionais, não estando disponível desagregação etária.

Implicações desta transição de vida, incluindo na saúde e bem-estar, com observação de diversos padrões de adaptação, têm já sido objecto de investigação em Portugal, nomeadamente por A.M. Fonseca (v.g., Fonseca, 2005a) – ainda que não com estudos representativos à escala nacional.

O **stress**, seja em função deste tipo de stressores *major* ou outras circunstâncias, em especial se crónico, pode ter importantes repercussões tanto na qualidade de vida como na saúde, constituindo “*an issue of prime importance to health policymakers*” (Alber, Köhler, 2004, p. 13) e um tema importante nomeadamente no envelhecimento (cf. Cap. 2-B.2.1.4). Dados já de 1999, do EB 52.1 (Fig. 41-V-A8) sugerem que os portugueses mais velhos podem ser significativamente afectados por este problema, com quase 1/3 com queixas de stress habitual (um valor bastante superior ao cerca de 1/5 de idosos europeus/EU15 na mesma situação) e maior severidade em especial entre as idosas (35%, ficando pelos 25% os homens que reportam stress). Um outro item, do WHS-Portugal, 2003/03, relacionado com o mesmo tema - “*Inability to cope*” (Fig. 41-V-A8) -, revela um aumento acentuado sobretudo nas idades muito avançadas (80+ anos), fase em que a proporção de pessoas que, com frequência, experiencia esta dificuldade (17%) mais do que duplica relativamente a idades anteriores. Os dados deste relatório (relativos à totalidade da população nacional) sugerem ainda um importante gradiente socioeconómico do problema.

B.3.2. CUIDADOS E PRÁTICAS INDIVIDUAIS DE SAÚDE

O ECHI-2 inclui uma secção destacada relativa ao sistema de saúde⁹¹, com inúmeros indicadores organizados em torno de cinco subtemas (cuidados de saúde: recursos; utilização; qualidade/*performance*; mas também prevenção, protecção e promoção da saúde; e despesas e financiamento). Sendo esta uma área que tende a ter especial ênfase⁹², no ECHI como nos sistemas de monitorização de saúde em geral, ficou no essencial fora do âmbito do presente trabalho – excepto no que toca a alguns indicadores que mais directamente se relacionam com as práticas de saúde da população⁹³.

Para o **consumo de medicamentos** - um dos aspectos incluído na lista breve de indicadores do ECHI-2 e seleccionado também para a de idosos, com importantes implicações neste grupo populacional (cf. Cap.2-B.2.1.3 e B.2.3.4) -, existem dados disponíveis para Portugal do 4º INS 2005/06 (tabela e gráfico 50-V-A8). Não se podendo aí analisar a polimedicação, observa-se, no entanto, a significativa proporção de idosos que toma medicamentos para as várias patologias listadas – com destaque para os fármacos visando a hipertensão (quase 50%), outras doenças cardiovasculares e colesterol; referiu-se também já noutra parte a elevada proporção de idosos medicada para as dores articulares e para as dificuldades de sono. É igualmente notório o aumento, expectável, do consumo de medicamentos nesta faixa etária face à população em geral (embora variável consoante o tipo de fármaco em causa). Assinale-se porém que boa parte desta medicação atinge o pico máximo de consumo até aos 84 anos, ou nalguns casos, os 74 anos, sendo poucos os casos em que este se eleva ainda nos muito idosos; a mais clara excepção concerne as “outras doenças cardiovasculares” (41% aos 85+ anos), embora também ocorra aumento por exemplo com os antibióticos e fármacos para bronquite crónica/efisema. Na falta de elementos de comparação internacional refiram-se os dados de 2003 do EB 59.0 (gráfico 23-V-A8) que assinalavam que a população nacional (15 + anos) aparecia em 2º lugar na lista dos países da EU15 com mais pessoas em tratamentos de longa duração (31,3%, valor só superado pelos 31,5% da Dinamarca) (EORG, 2003b).

É de notar que, em contrapartida, os portugueses em geral (15+ anos) ficam, de acordo com o mesmo EB (*idem*) abaixo da média europeia em termos de **consultas médicas**⁹⁴ no ano transacto (antepenúltimo

⁹¹ O sistema de indicadores ECHI-2 (2005), contempla quatro grandes secções: 1. *Demography and socio-economic situation*; 2. *Health status*; 3. *Determinants of Health*; 4. *Health Systems*.

⁹² Por exemplo, dos 88 indicadores seleccionados para a “lista breve” – versão ECHIM (2008) – 33 são relativos a “Intervenções de saúde” (4 referentes a “promoção de saúde” e os restantes aos “serviços de saúde”), e 14 ao conjunto dos (demais) “Determinantes de saúde” (que não incluem porém factores socioeconómicos, para os quais existem mais 4 indicadores).

⁹³ Podendo as práticas de saúde ser enquadráveis em B.3.1.3/ “Comportamentos”, optou-se porém por discuti-las em conjunto com os (poucos) indicadores relativos ao sistema de saúde abordados, dada a sua estreita interrelação.

⁹⁴ O número de consultas com médico de família/generalista, com especialistas ou outros tipo de consultas (incluindo dentistas) são indicadores de utilização dos serviços/ ambulatório incluídos na lista breve do ECHI-2 (2005), o último também seleccionado para a lista específica de idosos.

lugar entre os 15) – com os valores mais baixos da EU em termos de idas ao dentista (35,5 %, tendo inclusive decrescido desde 1999), mas igualmente inferiores à média no que toca a médico de família, especialistas ou hospitalização.

Embora ligeiramente superiores, os dados do 4º INS (tabela e gráfico 51-V-A8) corroboram a ideia de um insuficiente acesso/recurso em Portugal a cuidados profissionais de **saúde oral**, sendo uma minoria a população que consultou um dentista no ano anterior. Tal proporção tende, para mais, a reduzir-se com o avançar da idade, logo depois da adolescência, mas mais acentuadamente a partir dos 64 anos, sendo entre os idosos a cobertura inferior a 30% no ano em referência. Os mesmos dados do 4º INS revelam ainda um número não negligenciável de idosos que nunca consultou o dentista – atingindo estes um máximo de 25% entre os homens de 85+ anos.

De acordo também com o 4º INS (tabela e gráfico 51-V-A8), a **vacinação antigripal** regular – um dos indicadores para idosos do ECHI incluído também na lista breve (ECHIM, 2008) - é ainda minoritária entre os idosos portugueses, abrangendo menos de 1/5 deste grupo pessoas em 2005, com o máximo de cobertura nesse ano correspondendo ao grupo dos homens de 85 e mais anos (23%). De resto, quase metade dos idosos até aos 74 anos nunca fez esta vacina – mas com o avançar da idade essa proporção decai, embora reste ainda mais de 1/3 de pessoas de 85+ anos nunca vacinada contra a gripe.

O inquérito efectuado em Portugal, em 2001, por Cabral *et al.* (2002)⁹⁵ inclui uma secção contemplando “Hábitos de Saúde”, que, entre outros aspectos, questiona os indivíduos sobre as **suas próprias acções** para melhorar ou manter o estado de saúde. Verifica-se que se, no conjunto da população adulta portuguesa só pouco mais de 1/3 considera realizar alguma acção deste tipo, a proporção sobe significativamente a partir dos 50 anos, atingindo os 50,4% entre a geração mais velha (65+ anos). Analisando a distribuição nos inquiridos idosos, observa-se que uma resposta favorável é menos frequente entre os que se autoposicionam como de classe social baixa e, pelo contrário, mais prevalente nos graus de escolaridade mais elevados. As variações constatadas só atingem porém níveis significativos para as diferenças entre sexos, desfavoráveis aos homens (51%, contra 58% das mulheres) e entre zonas de residência (60% nas zonas urbanas tentam melhorar a saúde, 41% nas suburbanas e nas rurais 44%). Destaca-se também como relevante o estado de saúde, sendo os idosos de melhor saúde os que tomam menos precauções. O inquérito permite ainda alguma qualificação do tipo de acções em causa, observando-se que entre os mais velhos que responderam afirmativamente, a quase totalidade adopta só uma (57%) ou quando muito duas (37%) das acções consideradas. Destas, por sua vez, é de longe, o controle da pressão arterial que mais atenção reúne (78%), seguido do controle do peso (44%) e, com frequências bem mais reduzidas, a prática de exercício físico regular (11%) e os cuidados com a alimentação (8%) – ordem de prioridades que espelha a da população adulta em geral, ainda que com prevalências bastante distintas (nomeadamente no que se refere à atenção à pressão arterial e exercício). Mais uma vez, se encontram diferenças nestes padrões de comportamento em função de características sociodemográficas. Mas no conjunto, o panorama parece ser o de uma população idosa que afinal toma poucas das precauções habitualmente valorizadas para manter/melhorar a sua saúde, ainda que, nomeadamente na vigilância, pareça haver um acentuar de cuidados face à população adulta mais jovem.

Um aspecto particular a merecer destaque nas práticas de saúde é a sua relação com a situação socioeconómica e logo, com as **iniquidades** em saúde. Se as despesas com a saúde em geral tenderão a assumir um peso excessivo para os orçamentos familiares (10% das despesas de agregados de idosos, como se viu - Fig. 12-V-A8 –, mais do dobro dos 4% observados na EU15), constituindo pois risco quer para a equidade de acesso aos cuidados, quer para a “saúde financeira” das famílias⁹⁶, os medicamentos poderão ter aí um papel destacado. Dados do estudo Saúde e Doença em Portugal indicam que a compra

⁹⁵ Os dados do inquérito aqui comentados têm duas proveniências: para os resultados referentes à globalidade da população portuguesa a fonte é a publicação dos próprios autores (Cabral *et al.*, 2002); já os dados específicos para as pessoas idosas resultam de uma análise secundária, a partir do ficheiro de dados do inquérito (Cabral *et al.*, 2001) cujos resultados são incluídos no Quadro 02-III-Anexo 5 ao Cap. 3.

⁹⁶ Ou seja, poderão aqui existir claros efeitos de “causalidade inversa”, em que, para lá do já mencionado desfavorecimento no acesso em função do rendimento/PSE, as despesas resultantes dos problemas de saúde por sua vez penalizam adicionalmente o nível socioeconómico dos grupos mais vulneráveis.

de medicamentos pode constituir o principal gasto de saúde, sendo os grupos etários mais velhos que mais despesas fazem, mesmo em termos absolutos; são por sua vez, também, os portugueses mais velhos, os menos escolarizados e de menor rendimento que com mais frequência renunciam à aquisição de fármacos por incapacidade económica (Cabral *et al.*, 2002). Padrão idêntico de desigualdade de acesso a nível nacional se observa, no entanto, também para idas ao dentista, a médicos, aquisição de óculos e meios complementares de diagnóstico – embora com níveis um pouco inferiores de abdicação (*idem*).

B.3.3. Ambiente Social

B.3.3.1. REDES E SUPORTE SOCIAL

Como se viu (Cap. 2-B.2.2.1), a relevância dos relacionamentos interpessoais para a saúde, nomeadamente dos mais velhos, está globalmente bem estabelecida na literatura - ao mesmo tempo que, tratando-se de uma área de significativa complexidade, em conceptualização como em operacionalização, se observa uma desmultiplicação das facetas / componentes avaliadas, as quais, por sua vez, tendem a apresentar padrões diversificados quer na associação com (diferentes resultados de) saúde, quer na interacção com outras características dos indivíduos e seu contexto de vida.

O **estado** civil e a situação de **coabitação** são indicadores básicos de caracterização da estrutura da rede de suporte social - este último ("*Household situation*") incluído na lista específica de indicadores para idosos do ECHI-2 (2005), como determinante socioeconómico da saúde.

Como se observou na Caracterização Sociodemográfica - Situação de Coabitação (B.1.2; Figuras 04, 05-V-A8), a enorme maioria dos idosos portugueses vive na comunidade (só cerca de 3% vivia em alojamento colectivo, à data dos Censos de 2001, valor que, no entanto, subia para 13% depois dos 84 anos). As situações mais frequentes são a de coabitação só com cônjuge (44%) e a de viver sozinho (21%) – sendo porém de sublinhar grandes diferenças entre sexos, com mais de 1/4 das mulheres a viver sós (29%), contra só 9% dos homens nessa situação (dados INE de 2006 - gráfico 52-V-A8). Quanto à conjugalidade, enquanto a grande maioria dos homens vive com o cônjuge (83%), tal sucede só com menos de metade das mulheres idosas (48%) (*idem*).

Por comparação com outros países europeus, e sobretudo do norte da Europa, é de notar que em Portugal há maior probabilidade de viver com o cônjuge e menor de viver sozinho (bem como de estar em instituição), sendo também de assinalar uma tendência de aumento entre 1981 e 2001 da proporção de pessoas casadas, com destaque para as mulheres (projecto FAMSUP - Tomassini *et al.*, 2004), tendência que o INE confirma manter-se (embora sem significado estatístico) entre 1998 e 2006 (INE, 2007a). Quanto à situação de viver só que, como se viu, atinge sobretudo as mulheres idosas, o referido projecto FAMSUP, antecipa globalmente para a Europa uma possível tendência de estabilização ou mesmo redução na proporção de pessoas a viver sós⁹⁷, que havia aumentado entre 1970 e 1990 – mas Portugal (com percentagens de idosas sozinhas ainda bastante inferiores às dos outros países estudados) constituía excepção, com ligeiros aumentos ainda entre 1990 e 2000 (Tomassini *et al.*, *ob. cit.*), que se confirma prolongarem-se até 2006⁹⁸ (INE, 2007a). Este projecto assinala adicionalmente a maior frequência da coabitação com filhos no sul da Europa, incluindo Portugal, especialmente entre as mulheres, que (ainda) não foi afectada pela tendência para a diminuição da fertilidade⁹⁹, em todos os países estudados (Tomassini *et al.*, *ob. cit.*).

⁹⁷ No entanto, como salientam projecções do Felicie (2006b), o número absoluto de idosos (75+ anos) vivendo sós crescerá em qualquer caso, dado o aumento global dos efectivos desta idade – um acréscimo que, em Portugal, poderá corresponder a 37% nas mulheres e 49% nos homens até 2030, por comparação com os valores em 2000.

⁹⁸ Note-se que, enquanto entre as portuguesas idosas em 2006 a proporção das a viver sós era 2% mais do que em 1998, nos homens a evolução foi no sentido inverso, com menos 1% nessa situação (INE, 2007a).

⁹⁹ De qualquer modo, como se referiu já em B.1.2, projecções delineadas pelo projecto Felicie (2006a) sugerem uma evolução globalmente favorável do suporte familiar dos indivíduos de 75 e mais anos nas primeiras 3 décadas deste século, com um aumento dos casados e redução dos sem filhos em vários países europeus, incluindo Portugal.

Os dados do ESS3 (Fig. 52-V-A8) corroboram esta imagem de uma situação mais favorável, em termos de potencial suporte familiar, para a actual geração de idosos portugueses face a outros países europeus, quer em termos de número médio de filhos (e netos), quer em termos de formas de coabitação, sendo entre nós significativamente menor a proporção de pessoas com mais de 65 anos a viver sós e maior (mais do dobro) a dos que coabitam com filhos ou ainda com o cônjuge/companheiro (embora neste caso a diferença não seja estatisticamente significativa).

Em termos de *desigualdades*, esses dados do ESS3 sugerem que a distribuição, quer do viver só, quer do viver com o cônjuge, entre os idosos portugueses, varia não só com o sexo e, como seria expectável, com a idade (com os mais velhos a verem reduzir-se os seus recursos sociais em ambos os parâmetros), como ainda em função da posição social (sendo que o menor rendimento subjectivo e, no caso da coabitação com cônjuge, também a menor escolaridade, se associam a uma proporção significativamente mais alta de pessoas vivendo sós e/ou sem companheiro).

Por outro lado, é de assinalar que os mesmos dados não revelam relação estatisticamente significativa entre estas variáveis e a saúde da globalidade dos idosos portugueses, mas tão só uma *associação com o bem-estar* elevado, cuja prevalência é mais do dobro entre os que vivem com o cônjuge/companheiro ou outrem (02-V-Anexo 9). No entanto, a co-variação com a “saúde boa”, em particular, apresenta um padrão distinto entre os sexos: cerca de 1/5 das idosas portuguesas que vivem com cônjuge (ou outrem) goza de boa saúde, o que só ocorre com 1/10 das que vivem sós e/ou sem cônjuge - diferenças que entre os homens vão tendencialmente em sentido oposto, embora sem atingir significado estatístico; não são também entre estes significativas as diferenças no bem estar elevado associadas a este tipo de recursos sociais.

A investigação aponta o interesse de estabelecer, quanto aos idosos “não casados”, uma distinção entre os solteiros, os divorciados e os viúvos – já que poderá ser esta última situação em especial a mais penalizadora para a saúde (Goldman *et al.*, 1995). No entanto, a partir dos dados do ESS3 não é possível confirmar tal observação para os idosos portugueses, já que na análise bivariada da associação entre a *viuvez* e resultados de saúde/bem-estar, o padrão encontrado pouco difere do observado para as variáveis viver só ou viver com cônjuge/companheiro.

Para além da situação familiar, existem ainda indicadores disponíveis quanto à existência de **confidente**, por um lado, e quanto à **frequência de contactos** (Fig. 53-V-A8). É interessante notar que, se nos indicadores descritivos de frequência de contactos (dados do EB 62.2 - 2004 e do ESS3 - 2006) os idosos portugueses se encontram numa situação significativamente mais vantajosa que os congéneres de outros países europeus – 40% contacta várias vezes por semana com amigos, 50% com vizinhos¹⁰⁰, e 72% fá-lo globalmente com amigos, familiares, etc. contra, respectivamente, 28%, 20% e 48% dos idosos europeus -, já num indicador de apreciação comparativa da regularidade de participação em actividades sociais se observa a tendência oposta, com avaliações ligeiramente mais negativas em Portugal (59% considera que convive o mesmo ou mais que a maioria das pessoas da mesma idade, valor que sobe para 61% entre os demais europeus - ESS3). Quanto à disponibilidade, na rede de relações sociais, de “alguém com quem possa conversar sobre assuntos íntimos e pessoais”, a situação é idêntica em Portugal e restantes países (87% dos idosos têm algum confidente – ESS3).

Os dados dos ESS permitem, por outro lado, detectar a existência de *desigualdades* sociais no acesso a estes recursos interpessoais, com um menor rendimento subjectivo associado a menor frequência de contactos (quer no indicador descritivo, quer no de comparação) e de disponibilidade de confidente, sendo que, para esta última variável, a escolaridade surge também relevante. Em contrapartida nenhum desses recursos parece ser significativamente afectado pela idade, enquanto que o sexo feminino se associa a menor frequência de convívio, podendo também existir diferenças regionais nestas dimensões.

Quanto à *associação com saúde/BE*, os mesmos dados sugerem que a inexistência de confidente poderá ter relevância significativa para a saúde, já que se associa a uma maior ocorrência de Saúde Má e de

¹⁰⁰ Merecerá uma observação especial o aspecto do contacto com vizinhos. Este não só ocorrerá muito mais entre os idosos em Portugal, face aos do conjunto da EU15 (mais do dobro da proporção com contactos quase quotidianos), como é também, no contexto nacional, mais frequente entre os mais velhos do que na globalidade da população portuguesa. Tal tendência é contrária à observada para todos os outros indicadores de recursos sociais, em que os mais velhos têm situação idêntica ou pior que a população em geral.

Limitação de Actividade e uma mais baixa prevalência de Bem-estar elevado para o conjunto dos idosos portugueses (ainda que algumas destas associações, expressas em termos de OR, tendam a perder significado quando ajustadas para variáveis demográficas e de PSE – ver Quadro 02-V-Anexo 9). Quanto à frequência das interacções sociais, o indicador mais relevante para a saúde será o de avaliação comparativa – que se revela, de resto, das variáveis “sociais” do ESS3 com mais forte e consistente associação com a saúde, nomeadamente com a Saúde Má. Uma regularidade de participação social julgada inferior à da maioria implica quase o dobro da prevalência de má saúde para as pessoas com 65+ anos (com uma diferença relativa ainda superior para os homens: RF=2,2, e inferior para as mulheres: RF=1,7); atendendo a que é grande a proporção de pessoas que se percebe em situação de desvantagem na participação social, uma intervenção a este nível poderia ter um relevante impacto, potencialmente reduzindo em mais de 1/4 a actual prevalência de má saúde nos idosos portugueses. Este indicador revela-se igualmente associado aos demais resultados de saúde/BE analisados: Limitação de actividade, Saúde Boa e BE elevado (embora nestes dois últimos, os OR quando ajustados para variáveis sociodemográficas, não atinjam já significância ao n.s. 0,05). Já a variável de descrição da frequência de contactos sociais, quando operacionalizada de modo a destacar situações de rara interacção social (≤ 1 vez mês), só manifesta associação significativa com a Saúde Má. Uma análise separada destes indicadores para homens e mulheres idosos revela padrões distintos em termos das associações que atingem significado estatístico e sua magnitude – mas não na direcção da relação entre recursos sociais e saúde/BE.

A literatura salienta a importância de, para lá da quantidade de contactos sociais, se considerar a qualidade das relações interpessoais dos mais velhos (v.g., Pinquart, Sorensen, 2001, citados em Healthy Ageing, 2007), com destaque para o **suporte social** (ver Cap. 2-B.2.2.1). Este é, aliás um dos indicadores de determinantes da saúde recomendado no âmbito do ECHI-2 (2005), seleccionado para a “lista breve” e para a relativa a “Promoção da saúde”.

O EB 62.2 (2004) inclui uma bateria de indicadores que aprofundam esta vertente, quer em termos de apoio percebido como disponível (por parte de amigos, vizinhos, conhecidos, etc.), quer de ajuda prestada, no último ano, pelos inquiridos no âmbito dessa mesma rede de relações informais (Fig. 55-V-A8). Tais dados sugerem que a tendência para uma aparente vantagem relativa dos idosos portugueses, face a outros países da EU15, observada em termos de estrutura da rede social, não se mantém no que concerne a muitas das funções específicas de suporte das relações extra-familiares. Assim pode-se destacar, por exemplo, que em Portugal só 13% das pessoas com mais de 65 anos julga poder contar com ajuda para cuidados pontuais a membro da família dependente (quase metade da média na EU15), e proporção idêntica teria acesso a empréstimo de bens mais valiosos, sendo também uns escassos 17% os que teriam ajuda em cuidados pessoais (EU15: 16%). Sublinhe-se que segundo este EB, mais de 1/5 dos idosos portugueses não poderia contar com nenhum destes tipos de apoios na esfera extra-familiar. O tipo de apoio mais fácil de obter, disponível para cerca de metade do idosos (48% em Portugal, 52% EU15) é ao nível das tarefas domésticas, incluindo compras. É de notar que disponibilidade de alguém para discutir de problemas pessoais só se observa em 1/3 dos casos, valor que não só é bastante inferior à média europeia (41%), como fica muito aquém dos 87% obtidos no item “confidente” do ESS3. Sendo naturalmente inadequado estabelecer qualquer comparação directa entre itens diferentes em estudos distintos, avança-se em todo o caso a hipótese de que tão grande discrepância reflecta também um peso significativo dos familiares (não incluídos no indicador do EB 62.2) neste tipo de apoio emocional.

Quanto às diferenças entre sexos no acesso aos vários tipos de apoio, elas serão tendencialmente favoráveis às mulheres – uma vantagem que parece, apesar de tudo, reduzir-se ou desaparecer quando toca a recursos materiais (empréstimos) ou tarefas burocráticas. A tal não será talvez estranho o facto de estas serem as (poucas) ajudas que são mais frequentemente prestadas por homens do que por mulheres idosas (porventura por terem implícito acesso a património económico e escolar?).

Em qualquer caso, neste domínio do apoio prestado pelo próprio, a relativa “fragilidade” das relações sociais extra-familiares em Portugal e, especialmente entre os idosos fica ainda mais patente. Quase metade (45%) reconheceu espontaneamente não ter prestado ajuda de nenhum dos tipos considerados no último ano (EU15: 31%), e mesmo o apoio mais usual – tarefas domésticas, compras, etc. – só foi praticado por 28% dos inquiridos (EU15: 33%), com cerca de 1/4 a servir de confidente a outrem.

Tal imagem de escassas práticas de prestação de apoio por parte dos portugueses mais velhos é confirmada por outros itens do mesmo Eurobarómetro, em que os valores neste grupo são 1/3 das médias europeias – quer tratando-se de apoio informal global prestado fora da família ou de contextos de voluntariado¹⁰¹ (só 4% fazem algo desse tipo várias vezes por semana; na EU15 são 12%), quer quanto ao assumir de responsabilidades/cuidados face a familiar dependente de 65+ anos (PT: 5%; EU15: 15%).

Outras fontes de dados sugerem, em todo o caso, um peso mais assinalável do suporte familiar recebido, mas também prestado. Aliás no inquérito EQLS-2003 os portugueses no seu conjunto são, dentro da UE15 (juntamente com os espanhóis), os que mais apoio recebem da família. Curiosamente, na faixa etária mais elevada o apoio recebido é ligeiramente inferior à média nacional - ao contrário do que acontece nos outros países, onde este grupo é o que mais apoio familiar recebe; mesmo assim a proporção de idosos apoiados pela família em Portugal (73%) é superior à média europeia (71%). Quanto ao desempenho pelos idosos de actividades de apoio no quadro familiar, os dados nacionais obtidos no âmbito do MOCECOS-2001 revelam que muitos (73%), e sobretudo entre as mulheres (86%), “ajudam nas tarefas domésticas em casa ou em casa de algum familiar”, havendo também colaboração de 20% das mulheres e 18% dos homens no “tomar conta de crianças da família (netos)”; assinala-se que esta é última tarefa varia de forma significativa não só com a idade (sendo muito rara depois dos 85 anos: 0,5%), mas também com o nível de escolaridade (atingindo o valor mais elevado - 39% - entre os com o ensino superior) (Branco *et al.*, 2001).

Outros indicadores de qualidade das relações interpessoais são escassos mas, mesmo assim, com base nos dados dos EB 62.2, de 2004 (tabela 54-V-A8), é possível observar que embora a grande maioria dos idosos portugueses revele satisfação global com a vida familiar (84%), a proporção é um pouco inferior à média EU15 (90%); padrão semelhante se encontra no que concerne à vida social em geral, ainda que com níveis de satisfação um pouco menores (respectivamente 78% e 86%, para PT e EU15) – reforçando a ideia anterior de que diversidade/frequência são aspectos distintos da qualidade dos relacionamentos. Por sua vez, o ESS3 (tabela 54-V-A8) indaga mais especificamente sobre a percepção do tempo passado com a família próxima como agradável ou como stressante. A raridade desta última situação entre os idosos, em especial a nível nacional (PT: 3%; EU: 7%) dificulta análises estatísticas significativas quanto à sua distribuição sociodemográfica ou relação com saúde/bem-estar. Quanto à avaliação do convívio familiar próximo como habitualmente agradável – uma situação fortemente maioritária entre idosos portugueses (83%) e de outros países europeu (85%) -, parece entre nós significativamente associada à posição social (melhorando com maior rendimento subjectivo) e ao sexo (favorável aos homens), sendo os dados sugestivos de um possível impacto no Bem-estar elevado e na Limitação de actividades ($p < 0,05$) e eventualmente na saúde (“boa” e “má” - $p \leq 0,1$).

Um outro indicador que, embora indirectamente, pode contribuir para uma apreciação da qualidade das relações interpessoais é um dos itens da escala de bem-estar/afectos negativos, que foca sentimentos de solidão experimentados (na última semana) (tabela 54-V-A8). Estes, embora expressos por uma minoria de idosos, são significativamente mais frequentes em Portugal (15%) que noutros países da EU15 (10%). Parecem atingir significativamente mais as mulheres e as pessoas de rendimento subjectivo mais baixo e de menor escolaridade (sendo que, por exemplo uma hipotética elevação de todos os idosos portugueses ao nível dos com educação superior ao ISCED 1, se traduziria numa redução potencial em 50% da actual prevalência de solidão). Este tipo situação apresenta por sua vez muito forte relação com o Bem estar elevado (que é praticamente inexistente entre os inquiridos que se sentem sós - RF 0,1), associando-se também de modo expressivo à Saúde Má (RF 1,7) e Limitação de Actividade (RF 1,5)¹⁰².

Em **síntese**, os vários elementos disponíveis parecem pois convergir no sentido de um quadro em que a grande maioria dos portugueses mais velhos disporá de recursos no plano das relações pessoais, em que se destaca a família, mas onde outros grupos (amigos, vizinhos, etc.) tenderão a estar também

¹⁰¹ Essa situação será retomada no ponto relativo à Participação.

¹⁰² Quando se levam em consideração as características sociodemográficas dos inquiridos, tais associações, manifestas em OR, tornam-se menos expressivas mas, exceptuando no caso do BE, continuam a ser significativas ao n.s. 0,05.

representados. Nalgumas destas dimensões observa-se até vantagem face a outros países europeus - seja na existência de laços familiares ou na regularidade de contactos sociais. As relações de vizinhança merecem especial referência, já que nesse plano a sociabilidade dos idosos portugueses ultrapassa até a do conjunto da população nacional. Convém, porém, não confundir a existência de relações e frequência de interações com a qualidade das mesmas, nomeadamente no que concerne ao suporte (emocional, instrumental, etc.) disponível e prestado – vertente em que o panorama parece ser menos favorável e depender sobretudo das trocas no âmbito familiar.

Em qualquer caso, importa também atender a uma proporção não negligenciável de pessoas idosas (que, para vários indicadores, ronda os 15% a 20%...) que estará significativamente desprovida de recursos sociais – o que os dados e a literatura sugerem poder constituir um risco significativo não só para o seu bem-estar, como para a saúde e funcionalidade. Para a identificação e actuação face a estas situações é útil ter presente que em vários indicadores se observa uma padronização socioeconómica, penalizadora de uma posição social inferior (em termos de rendimento e/ou educação), a par de outras variações, designadamente em termos de idade e sexo – sendo simultaneamente de reter que o peso e até o sentido de tais variações, longe de ser uniforme, pode diferir bastante consoante o indicador em causa (nomeadamente no que concerne às diferenças entre homens e mulheres).

B.3.3.2. ABUSO E (IN)SEGURANÇA

As situações interpessoais mais extremas, em termos de risco para a saúde e bem-estar, serão as que se traduzem em **violência** ou outras formas de **abuso e negligência** – outro dos indicadores incluído no sistema ECHI¹⁰³. Os dados objectivos de que se dispõe quanto à ocorrência deste tipo de problemas entre os idosos portugueses são os que resultam das queixas apresentadas junto da APAV/Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e que, embora não adequadamente representativos da totalidade das situações ocorridas, fornecem alguns elementos de caracterização – quer das vítimas, quer do tipo de crimes (Fig. 56-V-A8). Esta associação tem, desde 2000, vindo a registar um nº crescente de vítimas idosas, que durante o ano de 2007, ultrapassando as 500, representavam mesmo assim uma proporção muito inferior aos 4 a 6% de pessoas idosas vítimas de abuso e negligência em casa apontados por estudos populacionais internacionais (Wolf *et al.*, 2002)¹⁰⁴. Tendo pois presente a ressalva de que estas situações estarão, com boa probabilidade, a ser fortemente sub-reportadas, pode-se assinalar que as vítimas registadas na APAV são sobretudo mulheres (84%), mais de 2/3 entre os 65 e 75 anos, e que a violência doméstica representa cerca de 4/5 de todos os crimes declarados. Os dois outros tipos de crime que assumem alguma expressividade são a violência contra pessoas (11%) – com destaque para as ofensas à integridade física e as ameaças/coacção - e os crimes contra património (9%).

Quanto à **percepção de segurança e crime** – outro aspecto valorizado nas listas do ECHI-2 relativas quer a idosos, quer à “Promoção da saúde”¹⁰⁵ –, indicadores do ESS3-2006 (Fig. 57-V-A8) apontam para uma prevalência de experiência directa auto-reportada, de ser o próprio, ou outrem no agregado, vítima de furto/roubo, que se situa nos 10% entre os idosos portugueses - um valor ligeiramente inferior ao de idosos de outros países europeus e ao experienciado pelo conjunto dos adultos portugueses e, sobretudo, de outras nacionalidades.

Em contraste com esse indicador “objectivo”, o sentimento de insegurança em andar sozinho à noite, afecta mais os idosos (cerca de 1/3 sente-se inseguro) do que a população em geral, tanto em Portugal como noutros países, e a preocupação de ter a casa assaltada ou a de ser vítima de crime violento não revela diferenciação etária – sendo de assinalar que este último indicador distingue-se dos anteriores pela

¹⁰³ Este indicador - “*Sexual abuse and violence*” - relativo ao ambiente social e cultural, embora ainda não operacionalizado, é incluído nomeadamente na lista relativa à “Promoção da Saúde” (ECHI-2, 2005).

¹⁰⁴ Assinale-se também que este, juntamente com as crianças, é dos grupo etários menos representado entre os casos atendidos na APAV, não ultrapassando os 8% do total nacional de vítimas em 2007 (APAV, 2008).

¹⁰⁵ Como indicador objectivo e subjectivo: “*Crime and perception of crime*” - “*Incidence and perception of theft, robbery and vandalism in dwellings and public spaces. population experiencing violence of specific kinds*” (ECHI-2, 2005, An. 5, p. 70).

tendência a ser mais elevado entre os portugueses (PT65+: 29%; EU65+: 24%). Interessante é a constatação de que entre aqueles que admitem ter este tipo de preocupação com assalto à casa ou violência, o seu efeito na qualidade de vida parece muito superior entre os portugueses, sobretudo os idosos: mais de 2/3 dos que se preocupam dizem que tal tem algum efeito ou mesmo um efeito sério, enquanto noutros países europeus a maioria afirma que a preocupação não tem nenhum efeito na QV.

Se a experiência de ser vítima penaliza as pessoas de 65+ anos com posição social mais elevada (rendimento subjectivo e educação) e as que vivem em localidades maiores, já o sentimento de insegurança só segue tal *desigualdade* de distribuição no que concerne ao local de residência. Pelo contrário, o efeito na qualidade de vida da preocupação com um eventual assalto à casa afecta diferencialmente os idosos de diferente posição social mas no sentido inverso – isto é, com impacte assumido como mais negativo pelos de menor rendimento e escolaridade, perturbando também menos os das cidades maiores. Quanto ao medo de ser vítima de crime violento só se associa significativamente ($p < 0,05$) ao rendimento subjectivo (menor rendimento, maior preocupação), mas o efeito de tal preocupação na qualidade de vida parece variar com o sexo e a idade, sendo as mulheres e os mais velhos os mais afectados. Estes dados vão genericamente no sentido da investigação que sugere que outros factores influenciarão o medo do crime entre os idosos, para lá da efectiva exposição e taxas de criminalidade que atinjam este grupo. Em particular, serão coerentes com as conclusões de De Donder *et al.* (2005), nomeadamente quando assinalam uma relação com variáveis sociodemográficas – como o género e rendimento – muito embora os dados nacionais revelem padrões distintos para os vários indicadores subjectivos considerados. Por outro lado, a observação daqueles autores quanto à relevância, neste fenómeno, de variáveis de bairro poderá ser vista como compatível com as associações encontradas com o tipo de localidade – embora esta última seja obviamente uma operacionalização muito “grosseira” das características da área de residência.

Em termos de *associação com Saúde/BE* os efeitos detrimenais da insegurança face ao crime para a saúde estão essencialmente associados aos indicadores subjectivos analisados¹⁰⁶ – podendo-se nomeadamente destacar a relação com a Saúde Má e a Limitação de Actividades, significativamente mais elevadas (RF de 1,3 a 1,5) entre os idosos portugueses que se sentem inseguros em andar sós à noite no seu bairro ou que se preocupam com frequência com eventual assalto à sua casa ou ainda que temem ser vítima de crime violento, este últimos tendo ainda probabilidade significativamente menor de ter Saúde Boa. É interessante notar que entre os que mais se preocupam com o risco de assalto, os que “não deixam” tal preocupação afectar a sua qualidade de vida revelam níveis de Saúde Boa (RF 0,6) e Bem-estar elevado (RF 0,3) significativamente superiores.

Dados do Eurostat de 2001 relativos à percepção de problemas na zona de residência (Fig. 66-V-A8), revelavam ser o “vandalismo ou crime” uma queixa de cerca de 21% da população reformada portuguesa – uma proporção ligeiramente superior aos 16% dos congéneres da EU15, e tendo sofrido uma redução desde 1996 também um pouco menor da observada no conjunto da região (0,4% contra 3,2% de diferença absoluta na EU15). Tais dados sugeriam ainda que o problema afectaria mais os agregados de maior rendimento (tabela 67-V-A8).

B.3.3.3. COESÃO/CAPITAL SOCIAL E PARTICIPAÇÃO

O capital social é uma das temáticas mais investigadas em saúde pública na última década (v.g., Poortinga, 2006b) – sem que, como se viu no Cap. 2-B.2.2.1, exista consenso quanto à sua operacionalização, ou, sequer à sua definição. Muito embora se tenha aí valorizado um entendimento do conceito numa perspectiva de propriedade colectiva das comunidades, neste – como nos demais temas explorados – os dados e instrumentos de análise disponíveis restringem a abordagem essencialmente ao

¹⁰⁶ A única associação significativa observada para a experiência efectiva/próxima de crime foi com o BE elevado (mais frequente, curiosamente, entre os que foram vítimas de furto/roubo), perdendo, porém significado quando ajustada para variáveis sociodemográficas.

nível dos indivíduos, já que, mesmo quando é possível uma agregação dos dados individuais, a única unidade territorial aplicável é o nível nacional¹⁰⁷.

Quanto ao tipo de indicadores a utilizar, por exemplo uma revisão de literatura da Health Canada (van Kemenade, 2003a), destaca a **Confiança** como um dos três principais tipos indicadores mais frequentemente empregados, distinguindo dois elementos: confiança nas pessoas e face às instituições. O ESS3-2006 inclui itens que correspondem a esta componente do capital social (que se tem designado como cognitiva ou psicológica/atitude - v.g. Islam *et al.*, 2006; Macinko, Starfield, 2001), os quais serviram de base à constituição de índices de “Confiança interpessoal” e “Confiança Institucional”. Adicionalmente criaram-se ainda índices de “Satisfação Institucional” e de “Respeito/Reconhecimento”, considerados potencialmente pertinentes para o tema¹⁰⁸.

A tabela 59-V-A8 inclui dados destes indicadores permitindo constatar que em Portugal, de forma geral, os níveis de Confiança quer Interpessoal (4,3), quer Institucional (3,5) são negativos (i.e., abaixo do ponto médio/neutro da escala de 0 a 10) e significativamente mais baixos do que os registados noutros países da EU15 (respectivamente 5,3, e 5,0) – como de resto tem sido observado noutros estudos (v.g. Lima, Novo, 2006, Poortinga, 2006a e von dem Knesebeck *et al.*, 2005, todos recorrendo também a dados do ESS mas do Round 2, de 2003). A mesma situação se observa, ligeiramente agravada até, no que toca especificamente à população idosa, uma vez que, se nos outros países analisados este grupo manifesta níveis de confiança tendencialmente superiores à população em geral, tal não ocorre em Portugal.

Para a Satisfação Institucional o panorama é idêntico ao observado para a Confiança Institucional, e ainda que atingindo um valor absoluto ligeiramente superior ao daquele índice, a média nacional (3,8) fica aqui ainda mais afastada da dos outros países da EU15 (5,0). A baixa pontuação portuguesa, acentuada em especial nesta dimensão de Satisfação¹⁰⁹, que nos colocava em 2003 (ESS2) no último lugar entre 20 países europeus, havia também já sido destacada por Lima e Novo (2006). Tais resultados são considerados, pelas autoras, de certo modo atípicos, mesmo atendendo à relação, que identificam, desta variável com o nível de desenvolvimento dos países (e que moderará, nomeadamente a sua variação com a idade - como acontece aliás também com a Confiança Interpessoal).

Quanto ao Respeito/Reconhecimento que os indivíduos sentem receber dos outros, a situação não é porém já negativa nem tão pouco desfavorável aos portugueses, que neste índice obtêm uma média que não difere estatisticamente da dos idosos de outros países (4,4, numa escala de ponto médio 3 e máximo 6). Na tabela 59-V-A8 incluem-se outros indicadores que poderão ser pertinentes para a análise deste tema – nomeadamente remetendo para aspectos de discriminação (dados do ESS3-2006) e de tensão (EQLS-2003) entre grupos sociais. Também neste plano Portugal poderá ter uma situação relativamente privilegiada: ainda que a relativa raridade de ocorrência de casos em que os inquiridos se reconhecem como pertencentes a grupos discriminados na sociedade preclua conclusões claras, tais problemas surgem, apesar de tudo, como tendencialmente menores entre os idosos portugueses (3%, contra os 4% em países EU15) – excepto porventura no que concerne precisamente a um possível discriminação com base na idade (respectivamente 2,1% e 1,5%). Os dados do EQLS não reforçam, em todo o caso, essa ideia, já que Portugal surge como um dos países em que menos inquiridos percebem a existência de tensão importante entre jovens e velhos (9%, sendo a média da EU15 de 17%). Convém, no entanto, salientar que esses dois aspectos não são necessariamente contraditórios pois, como se observou no Cap. 2 (B.2.3.1), o preconceito etário/ageism manifesta-se com frequência de formas “benévolas” – p.ex.

¹⁰⁷ Concretamente, no ficheiro de dados do ESS3, a única variável de base territorial existente de nível inferior ao “país” é a “região”, um nível de análise que se considera de pouco interesse para o estudo desta temática específica, pelo menos em Portugal, já que sendo excessivamente vasto para se equacionar como comunidade local – o nível “meso” de Macinko e Starfield (2001) – não possuirá também, no nosso país, identidade e autonomia administrativa suficientemente demarcada para se equiparar a um contexto “macro” relevante para os presentes efeitos.

¹⁰⁸ Para informação mais detalhada sobre os índices criados consultar Anexo 11.

¹⁰⁹ As autoras conceptualizam esta como uma das dimensões de bem-estar social; uma outra, que designam como “*acceptance*”, equivalente à que nomeámos “confiança interpessoal”, é também objecto de maus resultados no nosso país que, nessa vertente, ocupa o 6º pior lugar entre as 20 nações incluídas no estudo (Lima, Novo, 2006).

infantilização/ paternalismo –, menos visíveis (v.g. Abrams *et al.*, 2007; Nelson, 2005; Ray *et al.*, 2006) e que não implicam portanto conflito manifesto¹¹⁰.

Para uma abordagem na perspectiva da coesão social, pode ainda ser relevante a observação de que entre os portugueses (de todas as idades) há um posicionamento fortemente maioritário (86%) a favor da redução das desigualdades de rendimento por intervenção estatal – valores que noutros países europeus são defendidos por uma maioria bastante menos expressiva (72% entre os idosos e 68% da população adulta dos 8 países EU15 estudados) (ESS3-2006, tabela 59-V-A8).

Finalmente, poderão ser indicadores de coesão/capital social a um nível local, por um lado, a percepção de entreaajuda e de proximidade face às pessoas da área de residência e, por outro, os sentimentos de pertença à comunidade local (v.g., van Kemenade, 2003b). Os dados do ESS3-2006 (Fig. 58-V-A8) revelam que, neste plano, a situação comparativa dos portugueses é mais favorável, melhorando até tendencialmente no que concerne aos mais idosos, cerca de 3/4 dos quais se sente próximo das pessoas que residem na mesma zona (na EU: 69%), sendo que 1/3 considera existir aí muito frequente entreaajuda (EU: 34%; na população adulta geral estes valores baixam para PT: 28%, EU: 26%). Por sua vez, dados do EB 62.0 - 2004 revelam, entre os portugueses mais velhos, quase universais sentimentos de ligação significativa à localidade (98% - uma proporção que entre os seus congéneres da EU15 é 93% e nos portugueses em geral 94%), não menos frequentes - ao contrário do que acontece para esses outros grupos - do que os observados para a pertença regional ou nacional (Fig. 58-V-A8). Estes elementos parecem compatíveis com a hipótese de que a fragilidade de recursos nacionais que se observou em vertentes societais de capital social – com destaque para as componentes institucionais mas também de confiança interpessoal geral – não se estenda a uma escala geográfica de maior proximidade.

Outro dos principais indicadores de capital social – desta feita na sua vertente comportamental ou estrutural (v.g. Islam *et al.*, 2006; Macinko, Starfield, 2001) – remete para a noção de **participação ou envolvimento cívico/político**. Também aqui o documento da Health Canada (van Kemenade, 2003a)¹¹¹ distingue dois elementos: a participação em actividades comunitárias – que corresponde à mais frequente operacionalização em termos de pertença a associações ou grupos equivalentes –, e a participação na vida política.

O tema da participação foi já mais aprofundadamente abordado no Cap. 3-C3. Aí se destacou:

- observa-se em Portugal reduzida pertença associativa, por comparação com outros países europeus, quer para a população em geral, quer, mais ainda, para a população idosa e/ou reformada (dados do ECHP, 1998, do International Social Survey Programme, 2004 e do ESS3, 2006 – gráfico 64-V-A8); outras investigações têm igualmente constatado esta situação, no que toca à globalidade dos portugueses, sem distinção etária, como é o caso de um estudo aprofundado sobre associativismo realizado em 2001 em 12 países europeus (Viegas, 2004);

¹¹⁰ Virá a propósito lembrar os resultados do estudo coordenado por Vilaverde Cabral (2002), em que o idosos surgem destacadamente favorecidos como o grupo social que, para os portugueses, deveria merecer atenção prioritária por parte do Estado (sendo citado em primeiro lugar por 45% dos inquiridos, enquanto o grupo que ocupa o segundo lugar – os deficientes – é escolhido só por 26% das pessoas), o que poderá vir em apoio da ideia de que, a existir em Portugal uma discriminação significativa face a este grupo, ela assuma mais provavelmente conotações protectoras/paternalistas e não “conflituais”.

¹¹¹ Refira-se que esta revisão de literatura enquadra no Capital Social, em acréscimo à “Confiança” e ao “Envolvimento Cívico”, um terceiro tipo principal de indicador: “Redes Sociais” – que, como se viu (Cap. 2-B.2.2.1), e à semelhança do que sucede noutros estudos (v.g. von dem Knesebeck *et al.*, 2005; Poortinga, 2006b) se optou aqui por considerar como temática separada. Por sua vez, o sistema europeu de indicadores de saúde ECHI, destaca a participação como um dos determinantes da saúde - seleccionado não só para a sub-lista da promoção da saúde como também para a relativa à saúde dos idosos - mas interliga-o com o isolamento social. Denominado “*Social isolation/participation*”, e fazendo referência a aspectos de “*contact with neighbours/others, participation in activities, associations*” (ECHI-2, 2005, An. 5, p. 70), este indicador parece aproximar-se mais do conceito de redes sociais do que para o de Capital Social tal como é aqui conceptualizado. Estes aspectos serão em qualquer caso uma boa ilustração de que como neste domínio haverá maior consenso quanto às vertentes concretas que se relacionam com a saúde do que quanto ao seu “macro” enquadramento conceptual.

- os níveis de capital social detectados continuam a ser significativamente mais baixos entre os idosos portugueses face aos de outros países da EU15 mesmo quando se alarga a análise a outras formas de participação comunitária/cívica, como a incluída nos índices de “comportamento pró-social” criados com base em itens do ESS3-2006 (abarcando colaboração em organizações de caridade/voluntariado; em actividades na área de residência; e ajuda a outros, fora da família – tabela e gráficos 62-V-A8), sendo que, também aqui, o “défice” relativo parece prender-se com o contexto nacional global, mais do que especificamente com esta faixa etária (embora se tenda nela a acentuar);
- idêntica imagem se obtém no que concerne à participação cívica/política, em que os portugueses revelam grande défice de activismo individual, por comparação com os seus congéneres europeus, situação que se agrava ainda entre os mais velhos (PT=10%; EU=38%); excepção, porém, serão formas de participação política mais tradicional, com destaque para a elevada taxa de participação eleitoral, superior entre os idosos (79%) face ao conjunto dos portugueses (75%) e não muito aquém da dos cidadãos mais velhos de outros países EU15 (86%) (gráfico 63-V-A8).

Em termos de *desigualdades* no conjunto destes indicadores, a confiança interpessoal apresenta variações em função da escolaridade e do rendimento subjectivo, sendo este último também factor de diferenciação na confiança e satisfação institucionais; mas, curiosamente enquanto nestas duas vertentes do capital social, se observa um gradiente social, com o grupo de rendimento mais baixo a destacar-se com piores expectativas e insatisfação face às instituições, já no que toca à componente interpessoal são os grupos de ESE intermédio (com algumas dificuldades de rendimento e com a educação primária) que menor confiança revelam. É interessante notar que mesmo os subgrupos sociais de idosos portugueses que atingem valores de confiança e satisfação mais elevados ficam bastante aquém dos níveis médios dos outros países da EU15 observados.

Entre estes 3 índices, só a satisfação institucional revela diferenças significativas associadas ao género (maior insatisfação nas mulheres idosas). Em contrapartida, os estratificadores geográficos mostram-se relevantes para os três indicadores, já que todos apresentam variações regionais significativas, a que acresce uma tendência para os idosos residentes em aldeias/campo terem menor desconfiança nas pessoas e insatisfação face às instituições nacionais que os residentes em localidades maiores.

A percepção de Respeito/Reconhecimento apresenta um padrão um pouco diferente, favorecendo significativamente os idosos mais jovens, e penalizando os do sexo feminino, os de rendimento muito insuficiente e ainda os residentes na região de Lisboa e VT – sendo que, mesmo assim, nenhum destes subgrupos fica abaixo do ponto médio da escala.

A baixa prevalência de sentimentos de discriminação, dificulta a detecção de diferenças estatisticamente significativas, mas a tendência parece ser a de afectarem de sobremaneira as pessoas de mais baixos rendimentos e, porventura, as que residem em localidades de dimensão intermédia.

Por sua vez, os indicadores do ESS3 remetendo para a área de residência parecem variar sobretudo em termos dos estratificadores de base geográfica (tipo de localidade e região, significativos tanto para a percepção de proximidade como de entreaajuda), embora a entreaajuda varie também, inversamente, com o nível de escolaridade (RF: 1,9).

A importante influência de factores sociodemográficos nos níveis de participação dos idosos portugueses foi já discutida no Cap. 3, lembrando-se que - embora se observem algumas diferenças consoante o indicador específico em causa - genericamente os comportamentos pró-sociais tendem a ser (ainda) mais raros entre as pessoas de baixos rendimentos e de menor escolaridade, bem como entre as mulheres. Tal padrão de desigualdade repete-se, embora ainda mais acentuado, para a participação cívica individual - em que nomeadamente uma generalização do nível de activismo actualmente praticado pelos com educação além do Ensino Primário/ISCED 1 conduziria teoricamente a um impacte/melhoria da situação da ordem dos 93%. No caso da participação eleitoral a idade surge como um adicional factor de diferenciação significativo, verificando-se que nas pessoas com 85 e mais anos ela decai para níveis muito inferiores aos observados nos idosos mais novos (fica-se pelos 48% - quando antes dos 75 anos é de 80%).

Quanto à *associação com Saúde/BE*, e começando pelos indicadores de capital social relativos à participação, não se encontraram de modo geral relações significativas com a saúde ou o bem-estar dos

idosos. De entre os incluídos na análise¹¹² só a associação da colaboração em organizações de caridade/ voluntariado com a limitação obtêm um Qui-Quadrado significativo ($p < 0,05$) – que porém não se traduz num OR relevante, nomeadamente quando ajustado para as características sociodemográficas. Esta ausência de relação da participação cívica com a saúde, ao nível individual, embora contrária à tendência observada em muitos países (v.g., Mansyur *et al.*, 2008; Poortinga, 2006a), havia já sido constatada noutros estudos, não só para Portugal como também para outras nações – nomeadamente aquelas em que a prevalência deste tipo de capital social comportamental/ estrutural é mais baixa, como é globalmente o caso dos países do sul da Europa (von dem Knesebeck *et al.*, 2005)¹¹³. Quanto a Lima e Novo (2006), destacam que no nosso país a participação associativa (nº de organizações de pertença), para além de particularmente baixa no quadro europeu, não revela qualquer poder preditivo também relativamente ao bem-estar subjectivo dos indivíduos. Embora tais pesquisas não se centrem em particular na situação dos indivíduos mais velhos, o já citado estudo comparativo entre a Alemanha e os EUA demonstrou, especificamente para esta faixa etária, as diferenças entre países quanto ao poder preditivo do capital social comportamental face à saúde (Pollack, von dem Knesebeck, 2004).

Quanto à relação dos vários índices de confiança (em sentido lato) com os resultados de saúde e BE foi estudada quer em termos da associação no plano individual (02-V-Anexo 9), quer, adicionalmente, ao nível territorial, de país (Fig. 60, 61-V-A8) – sendo a amostra, neste caso, constituída pelo conjunto das 17 nações europeias abrangidas ESS3 - versão 1 (nem todas pertencentes à EU27). Os resultados destas análises revelam um quadro interessante. Observando os dados agregados a nível territorial/ nacional, os níveis médios de auto-avaliação de saúde dos idosos dos vários países surgem como fortemente associados com os níveis nacionais¹¹⁴ de Satisfação e Confiança institucional e, mais ainda, de Confiança interpessoal (coeficiente de correlação de Pearson = $-0,79$, $p < 0,000$; $R^2 = 0,63$). Porém, no plano individual, se as relações entre a saúde e esses três índices (ainda que agora muito fracas) são também significativas para os inquiridos idosos no conjunto dos países do ESS3 (bem como no subgrupo de 8 países da EU15), a situação em Portugal revela-se distinta, sendo que precisamente a Confiança interpessoal deixa de ter correlação ($R = 0,02$; $p = 0,649$) com a auto-avaliação de saúde dos portugueses com 65 e mais anos. Análises mais detalhadas para os vários resultados de saúde e bem-estar considerados (02-V-Anexo 9) reforçam esta inexistência, a nível individual, de diferenças/associações significativas (n.s. 0,05) face ao índice de Confiança interpessoal, ao passo que a Confiança e Satisfação Institucionais se mostram relacionadas com a Saúde Má e a Limitação de actividades (OR da ordem dos 0,8) e ainda com o BE elevado (OR de 1,2 quando ajustado para variáveis sociodemográficas e perdendo significado no caso da Satisfação). Quanto ao Respeito/Reconhecimento, que ao nível individual, entre os idosos portugueses (ao contrário do que acontece com os de outros países), não mostra correlação significativa com a auto-avaliação de saúde, apresenta, porém, uma associação importante com o BE (OR 1,9), sendo que, por sua vez, a sua relação com a Limitação de actividade vai no sentido inverso à dos restantes índices: i.e., a maiores limitações associa-se um maior sentimento pessoal de Respeito /Reconh. Estes resultados diferem dos da generalidade da literatura internacional, na qual as relações encontradas entre a saúde e o capital social tendem a ser mais consistentes ao nível individual do que em estudos ecológicos/ dados agregados (v.g. revisões de literatura de Islam *et al.*, 2006 e Mansyur *et al.*, 2008), quer para a componente comportamental antes analisada, quer, mais ainda, para a componente cognitiva. No

¹¹² Alguns dos indicadores do ESS3 relevantes para o tema não foram porém submetidos a esta análise – tal como aconteceu também relativamente às desigualdades – atendendo à muito baixa prevalência, nesta população, dos comportamentos em causa.

¹¹³ Assinale-se que os autores estudaram também esta relação entre a saúde auto-avaliada e a participação em associações/ clubes/organizações cívicas diversas ao nível agregado, de país, com base igualmente nos dados do ESS2-2003, que abrangem Portugal e outros 20 países europeus. Encontraram a esse nível uma forte correlação que – tal como acontecia com a confiança – permaneceu significativa, ainda que enfraquecida, quando ajustada para o PIB (von dem Knesebeck *et al.*, 2005).

¹¹⁴ Considerou-se a pontuação média nos índices obtida quer pela totalidade da população inquirida em cada país, quer especificamente pela faixa etária mais velha – ambas aliás, sempre muito fortemente correlacionadas. Só no caso do índice de Respeito/Reconhecimento, é que se optou, por razões de ordem conceptual, por centrar a análise da covariância somente nas pontuações dos indivíduos com mais de 64 anos – com base nomeadamente na hipótese de que esta possa reflectir (também) aspectos como a valorização/respeito diferencial que merecem os grupos etários mais velhos nas várias sociedades (e/ou a forma como estes aspectos são percebidos pelos idosos).

entanto, no estudo de Knesebeck *et al.* (2005), e tal como sucedia para a participação cívica, Portugal também se destacava como uma excepção (juntamente com a Itália e a Grécia), entre os 21 países do ESS2, no tocante à associação individual entre saúde e confiança. Por outro lado, como se referiu, a investigação da relação do capital social com a saúde dos idosos tem também assinalado, ainda que não para as mesmas variáveis, padrões e associações que diferem entre países (Pollack, von dem Knesebeck, 2004), sublinhando o interesse de aprofundar caso a caso as dinâmicas em presença.

Mas, na discussão dos resultados aqui obtidos, importa ainda ter presentes as limitações decorrentes do tipo de análise adoptada – já que só modelos multiníveis permitirão interpretações mais claras, que destrincem, nomeadamente, na análise a nível ecológico, eventuais efeitos composicionais dos contextuais (v.g., Poortinga, 2006b). É assim que, por exemplo, com base nos dados do ESS2, Poortinga conclui que as relações, ao nível nacional, entre a saúde auto-percebida e a confiança e participação cívica parecem ser integralmente explicadas por diferenças na composição sociodemográfica dos países, ao mesmo tempo que encontra indicações de interacções complexas entre os níveis nacional e individual, sugestivas de que *“the benefits of social capital seem to be generated through an interaction between individuals and their social environment”*¹¹⁵ (2006a, p. 300). Mansyur e colegas (2008), analisando os dados do World Values Survey, encontram também efeitos composicionais importantes na relação entre essas variáveis e efeitos contextuais mais inconsistentes, que dependem dos países abarcados, levando à recomendação de que se inclua, na investigação do tema, a consideração de outras características macro, específicas de cada país, incluindo aspectos relativos ao ambiente sociocultural. Será ainda salientar que o mesmo Poortinga já citado, chegou, num outro estudo (2006b), a conclusões “contrárias” às anteriores¹¹⁶, que o levam nomeadamente a sublinhar a provável relevância do nível geográfico de análise considerado e os possíveis limites à transferibilidade de conclusões entre países, bem como o interesse de indicadores alternativos de capital social – outras tantas achegas à complexidade de investigação deste tema.

Curiosamente o indicador relativo à entreeajuda na área de residência (semelhante, aliás, ao usado nessa pesquisa de Poortinga, 2006b, como medida de capital social local), dicotomizado, mostra uma relação com a Limitação de actividades e a Saúde Má¹¹⁷ (OR ajustado para as características sociodemográficas: 1,5) - mas no sentido inverso do que seria expectável, i.e., com as pessoas que percepcionam maior entreeajuda local a reportarem pior situação de saúde/limitações (02-V-Anexo 9). Uma desagregação desta variável nos 7 níveis de resposta originais (dados não incluídos), revela uma distribuição particular, com a proporção de Saúde Má a elevar-se em ambas as categorias extremas (i.e., tanto entre os que afirmam haver “sempre” entreeajuda, como entre os que dizem que esta “nunca” ocorre), tornando difícil a interpretação destes resultados. O outro indicador que remete para o plano local – sentimento de proximidade face às pessoas da zona – não apresenta associações significativas com a saúde/BE (ao nível 0,05), excepto no que concerne à Limitação de actividades exclusivamente entre as mulheres, sendo que neste subgrupo o padrão subjacente é já um gradiente, com as limitações a aumentarem entre as idosas que sentem maior proximidade com os vizinhos.

A terminar, assinala-se que a percepção de discriminação (quer geral, quer específica quanto à idade) apresenta uma relação significativa e muito forte com a Saúde Má (ambos os OR superiores a 4) – sublinhando a importância de estar atento a estes fenómenos, muito embora o seu impacte na população idosa portuguesa seja presentemente pouco relevante, dada a actual prevalência reduzida destas situações.

¹¹⁵ De acordo com estes dados, indivíduos com níveis elevados de confiança tenderão a ter melhor saúde que os com pouca confiança em países em que aquela é genericamente elevada, mas não tanto em países onde a confiança é baixa – com padrões semelhantes observados para a participação cívica, nacional e individual.

¹¹⁶ Observa aí efeitos de variáveis de capital social ao nível agregado, que se mantêm significativas após controle de outros factores, e não detecta efeitos de interacção entre níveis do tipo dos antes assinalados.

¹¹⁷ Os intervalos de confiança a 95%, não permitem assegurar porém que o OR é significativo no caso da associação com a saúde má (1,0-2,2).

B.3.4. Ambiente Físico

B.3.4.1. HABITAÇÃO

São inúmeras as características da habitação¹¹⁸ que têm sido identificadas como potencialmente relevantes para a saúde física e mental e para o bem-estar/qualidade de vida em geral, tendo, em muitos casos, implicações particularmente importantes para a população idosa (cf. Cap.2-B.2.2.2). A informação disponível sobre as condições de habitação da população portuguesa com 65 e mais anos (ou sobre problemas de saúde que lhe possam ser directamente associados) é porém reduzida.

• Qualidade do ar interior; Conforto Térmico; Iluminação; Ruído

Poluentes atmosféricos no interior da habitação estão fortemente associados com uma maior morbilidade e mortalidade, constituindo os idosos um dos grupos de maior risco (Thomson, Petticrew, 2005). Não se dispondo de dados detalhados sobre a qualidade do ar interior (v.g, partículas e fibras, agentes biológicos alergénicos, substâncias tóxicas diversas, como o monóxido de carbono ou chumbo, infestações, etc.), existem mesmo assim alguns dados indirectos relevantes – com destaque para indicadores relativos à presença na habitação de humidade, bolores, apodrecimento da madeira, etc. (um dos indicadores constante do ECHI-2¹¹⁹).

Dados do Eurostat (Fig. 66-V-A8) revelam que este é um problema que afectava, em 2001, mais de 1/3 dos portugueses e que, tratando-se da população reformada, chegava aos 46%. Embora se registe uma evolução favorável face à situação encontrada 5 anos antes (1996), é de notar que esta melhoria (3,4%) é relativamente pouco expressiva face à prevalência do problema e, mais ainda, menor para este grupo, acentuando assim a sua situação de desfavorecimento frente à restante população.

Um inquérito um pouco mais recente (EQLS, 2003 – em Domański *et al.*, 2006) confirma a gravidade da situação: Portugal surge claramente como o país com piores resultados da EU15 em termos de queixas de humidade e/ou infiltrações na habitação (40% do conjunto da população, sendo a média EU15 de 11%) e um dos poucos em que o grupo etário de 65+ anos é o mais penalizado. Aliás os idosos portugueses são, de longe, os que se encontram em pior situação dos 28¹²⁰ países analisados: cerca de metade tem este tipo de problema na habitação, ao passo que na Grécia (o 2º pior país da EU15 a este nível), ele só ocorre em cerca de 1/5 dos casos e, mesmo entre os restantes países, o pior resultado, de Malta, fica pelos 37%.

Este panorama de degradação habitacional afectando os portugueses em geral e os mais velhos em especial repete-se (ainda que menos acentuado) com outro indicador do EQLS-2003, relativo a problemas de apodrecimento /degradação de janelas/portas/soalhos, encontrados em mais de 1/4 das habitações de portugueses com 65+ anos (contra uma média EU15 de 7% para esta faixa etária).

Os dados do EQLS acedidos só permitem avaliar a relação destes indicadores com o rendimento para o conjunto dos inquiridos - mostrando uma clara associação destes dois tipos de problemas com a capacidade económica das famílias, quer em Portugal¹²¹, quer no conjunto da EU15. Já os elementos fornecidos pelo Eurostat possibilitam uma análise das desigualdades observadas especificamente para vários tipos de agregados – incluindo os constituídos por 1 ou 2 adultos em que pelo menos uma pessoa tem 65 ou + anos. Os dados (tabela 67-V-A8) sugerem que, no que toca ao problema da humidade/ bolor/ etc., embora a

¹¹⁸ É frequente na literatura reunirem-se sob este termo as questões relativas à habitação propriamente dita, mas também ao espaço envolvente e outros factores ambientais – que aqui são analisados separadamente, por facilidade de exposição. Convém, no entanto, reter a noção da estreita interligação desses vários aspectos – patente nomeadamente no entendimento da OMS “based on a four-layer model of housing, taking into consideration the physical structure of the dwelling as well as the meaning of home (for a family and each individual), and the external dimension of the immediate housing environment, and the community with all neighbours” (Bonnefoy, 2007, p. 413).

¹¹⁹ “Indoor dampness and mold growth”- “% population living in damp houses (leaking roof, damp walls etc, rot in wood)” (ECHI-2, 2005, Annex 5, p. 67). Saliente-se a este propósito que a humidade se destaca como factor importante para a saúde por favorecer não só o desenvolvimento de vírus e alergenos (ácaros, bolores), mas também outros problemas, nomeadamente pelo efeito de arrefecimento do ar (Thomson, Petticrew, 2005).

¹²⁰ Os 27 actuais membros EU (na altura ainda não todos integrados) e a Turquia, como país candidato.

¹²¹ Para os portugueses de todas as faixas etárias, a proporção de ocorrência do problema triplica quanto à degradação de janelas, etc. e duplica quanto à humidade entre agregados no mais baixo quintil de rendimento por comparação com os no mais elevado (dados em Domański *et al.*, 2006).

capacidade financeira das famílias seja um determinante de peso, deverá haver também outros factores em jogo – que explicarão o facto de nestes agregados com idosos, mesmo no escalão máximo de rendimento, a situação afectar mais de 1/3 dos portugueses mas pouco mais de 1/10 dos congéneres europeus.

Outro aspecto ligado à habitação com importantes implicações para a saúde dos idosos é o aquecimento. Também aqui os dados do Eurostat (Fig. 66-V-A8) apontam marcada prevalência do problema na população nacional e agravada para os reformados, com uma evolução favorável entre 1996-2001, mas a um ritmo insuficiente para colmatar a breve trecho as graves falhas existentes. A relação do fenómeno com o rendimento familiar é particularmente evidenciada pelas fortíssimas desigualdades encontradas em especial entre os idosos que vivem sós (a desadequação do aquecimento poderá ser¹²² 6,5 vezes mais frequente entre os com rendimento do escalão superior, i.e., $\geq 140\%$ da mediana, comparativamente aos que têm rendimento inferior a 60% da mediana). No EQLS (Domański *et al.*, 2006) a questão do aquecimento da habitação é directamente posta em termos da capacidade económica para o conseguir e os valores obtidos são de novo muito desfavoráveis para os portugueses e, mais ainda, os idosos: a impossibilidade de aquecer a habitação afectava, em 2003, 60% dos portugueses com 65+ mais anos, contra somente 8% dos seus congéneres na EU15; e mesmo entre os 28 países incluídos, só a Roménia e a Lituânia apresentam valores um pouco piores que os nacionais!

Se é certo que noutros países, por razões climáticas, o aquecimento é uma prioridade mais evidente que em Portugal, não são de todo irrelevantes os riscos que esta situação comporta, em especial para os mais velhos, mais vulneráveis à morbilidade e mortalidade que pode resultar de baixas temperaturas no interior da habitação (Thomson, Petticrew, 2005). Relembre-se que Portugal figura mesmo como o país com a mais elevada taxa de mortalidade acrescida no inverno/“*excess winter mortality*” no estudo efectuado por Healy (2003) na EU-14, com dados relativos a 1988-97 (veja-se B.2.2, 21-V-A8), e uma análise de inúmeros factores de risco potencialmente envolvidos leva o autor a concluir que a mortalidade sazonal elevada, nomeadamente nos países do sul, “*could be reduced through improved protection from the cold indoors, increased public spending on health care, and improved socioeconomic circumstances resulting in more equitable income distribution*” (p. 784). Entre os aspectos de conforto térmico doméstico, Healy aponta não só os custos económicos associados ao aquecimento mas também a importância de medidas de isolamento/eficiência térmica na habitação, em que Portugal de novo se estaca pela negativa. Também o estudo “ECOS do frio” aponta factores socioeconómicos, sociodemográficos e ainda culturais como merecedores de atenção (e investigação adicional) no que concerne aos efeitos do frio na saúde das famílias portuguesas (Nogueira *et al.*, 2004).

A falta de luz é outro problema que, como os anteriores, afecta especialmente reformados/agregados com idosos (cerca de 1/5 das habitações, para as tipologias de agregados consideradas) e, embora em decréscimo entre 1996-2001, continuava a níveis claramente superiores ao conjunto da EU15 e afectando desproporcionadamente as famílias com baixos rendimentos (Fig. 66, 67-V-A8). Lembre-se que a iluminação natural, para além da potencial relação com outros aspectos do ambiente físico da habitação (temperatura, qualidade do ar, etc.), tem também sido destacada, por exemplo, pelas possíveis repercussões na saúde mental (WHO-ECEH, 2006; Bonnefoy, 2007).

Já quanto à exposição ao ruído (outro indicador incluído no ECHI-2, que se associa a problemas de saúde física e mental), o padrão é nalguns aspectos oposto ao das restantes situações: ocorrerá, no nosso país, menos em habitações de idosos/reformados que na restante população, tendendo a afectar mais os com maiores rendimentos, e com Portugal não longe da média europeia – mas com tendência a agravamento, a julgar pela evolução verificada entre 1996-2001 (Fig. 66, 67-V-A8). Poder-se-á hipotetizar que este padrão reflecta uma associação com a urbanização crescente – ao passo que as anteriores problemáticas estarão mais associadas a um parque habitacional antigo e não conservado.

¹²² Estes dados poderão não ser fiáveis de acordo com o Eurostat (tabela 67-V-A8).

• Condições básicas de Habitação

A questão do espaço é um dos aspectos da habitação incluídos na lista de indicadores do ECHI¹²³ para os quais é possível obter dados (tabela 68-V-A8). Em termos de n.º de assoalhadas por pessoa, os idosos portugueses têm, em 2003, uma situação mais favorável (2,2) do que a população portuguesa em geral (1,5) e situam-se pouco abaixo da média dos seus congéneres na EU15 (2,5). No entanto, quando se recorre ao indicador subjectivo de espaço percebido, verifica-se que 19% habita em condições de falta de espaço, o que embora seja menos grave que os 25% registados para a população nacional global, fica muito acima da ocorrência do problema entre os idosos do conjunto da EU15 (7%), sendo um dos piores resultados nos 28 países incluídos no EQLS (só ultrapassado pela Roménia - 20%). Dados anteriores, de outra fonte (Eurostat, Fig. 66, 67-V-A8), mas para o mesmo indicador, sugerem que o problema terá vindo a diminuir entre 1996 e 2001 (-7% de ocorrência entre os reformados), e que terá uma importante associação com o rendimento (nos agregados de 2 adultos em que pelo menos um era idoso, ocorre 4 vezes mais no escalão inferior de rendimento/<60% mediana do que no superior/≥140%).

O ECHI inclui também referência a um conjunto de indicadores que remetem para infra-estruturas básicas dos alojamentos¹²⁴. Os dados disponíveis (Eurostat 2001, tabela 69-V-A8) sugerem a ausência de condições mínimas de conforto/higiene da habitação para uma grande percentagem de idosos portugueses – em proporções muitíssimo superiores à média dos seus congéneres na EU15 e claramente superior também à generalidade da população portuguesa. Por exemplo, 23% dos idosos portugueses não dispunham, em 2001, de instalações sanitárias no alojamento – contra 3% nos agregados equivalentes na EU15 e 7% nos conjunto da população nacional. Tudo indica que a persistência deste tipo de situação seja essencialmente determinada por razões de ordem económica, já que este problema, assim como a falta de Banho ou de Água quente canalizada, é praticamente inexistente entre os agregados nos escalões superiores de rendimento.

O tipo e data de construção dos alojamentos é uma informação potencialmente sugestiva, ainda que indirecta, quanto a outros parâmetros básicos da qualidade da habitação. Quanto ao tipo de alojamento, verifica-se que em Portugal a “moradia independente” continuava em 2001 a ser a situação mais frequente para os reformados – como para a população em geral –, apesar de já cerca de 1/3 viver em apartamentos, opção com tendência a aumentar face a 5 anos antes (Eurostat, tabela 66b-V-A8). Não se dispõe de dados recentes que caracterizem especificamente a situação dos idosos em Portugal quanto à data e estado de conservação das habitações. Pode-se em todo o caso assinalar que, apesar de se constatar para o período de 1990/1995 que “o rejuvenescimento do parque habitacional afecta também, positivamente a população idosa”, mesmo assim “a percentagem de população idosa a residir em edifícios construídos depois de 1970 é significativamente inferior à da população em geral”, rondando, segundo a mesma fonte, 21% os agregados com idosos nessa situação, contra 40% do total dos agregados (INE, 1999, p. 31)¹²⁵. Aliás entre os idosos a viver sós – o tipo de agregado que tende a ter piores condições - a percentagem a viver em alojamentos construídos antes de 1946 era, em 1995, de 57% (*idem*). Se a esse dado se acrescentar que, de acordo com os Censos nacionais, só 1/4 dos edifícios desse período de construção não precisava, em 2001, de obras de conservação (em mais de 50% dos casos requerendo reparações pelo menos de média importância, quer na estrutura, quer na cobertura, quer nas paredes/caixilharia)¹²⁶, pode-se antecipar que serão significativas as necessidades da população mais velha a este nível. Assinale-se que um estudo relativo à cidade de Lisboa, apoiado nos dados os censos de 2001, P. Machado (2004) encontra significativa associação entre a predominância de idosos e a habitação, em regime de inquilinato, em edifícios, quase exclusivamente residenciais, antigos e degradados.

¹²³ “Housing conditions” – “no. of persons/room; average living area/person”; “proportion of households living in crowded housing conditions: floor area or number of rooms per person, also subjective perception of sufficient space” (ECHI-2, 2005, An.5, pp. 66-67). Assinale-se que estes indicadores integram as listas específicas para idosos e para desigualdades socioeconómicas em saúde.

¹²⁴ “Housing hygiene” – “% population living in houses missing: water supply, toilet, shower/bath. By SES (income). Partly overlaps with indicators drinking water supply and sewage system” (ECHI-2, 2005, An.5, p. 67).

¹²⁵ Os dados reportam-se ao Inquérito aos Orçamentos Familiares 1980/90 e 1994/95.

¹²⁶ INE, 2002: Recenseamento Geral da População e Habitação - 2001 (Resultados Definitivos): Quadros 2.05; 2.06.

Uma nota positiva quanto ao acesso, na habitação, a espaço exterior (do tipo jardim ou varanda), que era em 2000 (embora em decréscimo, face a 5 anos antes), proporcionalmente mais elevado entre os idosos portugueses (24%) do que na população em geral – ou na maioria dos outros países da EU15 (EHP, tabela 68-V-A8).

Uma breve referência ainda para o facto de as condições de conforto na habitação dependerem também, entre outros aspectos, da existência de bens/equipamentos essenciais às actividades quotidianas – alguns dos quais são adiante abordados, na secção relativa à “Tecnologia”.

• Barreiras ambientais e segurança

A acessibilidade/usabilidade¹²⁷ e a segurança/acidentes são algumas das vertentes da habitação prioritárias para o *WHO/Europe Housing Programme* (Bonney, 2007)¹²⁸, identificadas como tendo especial impacto na saúde (no âmbito nomeadamente do inquérito europeu efectuado pelo projecto LARES¹²⁹), e constituindo dois dos nove indicadores seleccionados no âmbito da “*WHO technical meeting on Housing-Health Indicators*” (WHO-ECEH, 2004)¹³⁰. Ambos assumem especial relevância para a população mais velha (v.g., Thomson, Petticrew, 2005; ECOEHIS, 2004).

De facto, e no que concerne à segurança, a literatura internacional tem sistematicamente sublinhado que muitos dos acidentes, envolvendo ferimentos ou morte, ocorrem em casa (v.g., Thomson, Petticrew, 2005); no caso dos idosos, as quedas, em particular, constituem um importante preocupação de saúde pública (v.g. Skelton, Todd, 2004; Towner, Errington, 2004). Concretamente em Portugal, dados relativos a 2005 recolhidos pelo sistema ADELIA¹³¹ revelam que mais de metade (52%) dos Acidentes Domésticos e de Lazer/ADL do conjunto da população ocorrem em casa – mas que essa percentagem sobe para cerca de 2/3 quando se consideram só as faixas etárias mais velhas (65-74 anos: 65 %; ≥75 anos: 69%) (Rabiais *et al.*, 2006, p. 5). A European Injury Database/IDB aponta, para o mesmo ano, uma estimativa de 57.000 casos de ADL em casa entre a população idosa portuguesa, implicando uma incidência da ordem dos 32‰; estes valores vão aumentando com a idade, atingindo os 57‰ entre os com 85 e mais anos (tabela 70-V-A8). Entre estes acidentes destacam-se claramente as quedas, representando cerca de 4/5 dos ADL dos idosos na habitação e uma taxa de incidência de cerca de 26‰ (*idem*) – confirmando assim a importância deste problema a nível nacional.

A evidência indica que os acidentes domésticos, e nomeadamente as quedas, dependem de factores humanos mas também de características da habitação (Bonney, 2007; Skelton, Todd, 2004; Towner, Errington, 2004). Em Portugal, um estudo recente do ONSA (Branco *et al.*, 2004) visou precisamente caracterizar alguns aspectos dos alojamentos nacionais relacionados com a segurança, concluindo genericamente os autores que:

“os resultados apontam para que todos os factores que traduzem exposição ao risco de acidentes domésticos [...] estejam maximizados nas unidades de alojamento com indivíduos de 65 ou mais anos ou cuja média de idades seja mais alta. Também foi verificado [...] que quanto mais baixo foi o nível de escolaridade, maior foi a percentagem de factores favoráveis à ocorrência de acidentes.” (p. 2).

¹²⁷ Quanto aos indicadores sobre aspectos do ambiente físico que podem constituir barreiras para pessoas com limitações funcionais, o grupo de trabalho da OMS distingue: “*can be measured from the accessibility perspective, i.e. based on objective, professional assessments, or from the usability perspective, i.e. based on subjective user perceptions.*” (ECOEHIS, 2004, p. 100).

¹²⁸ A questão das barreiras ambientais/ acessibilidade /usabilidade é, no contexto deste programa, enquadrada naquilo que designam como “*The challenge of ageing populations*” (*Housing Key Topics*: www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HOH/Activities/20041013_6#the_challenge, Actualizado 18.04.2005).

¹²⁹ “LARES project - Large Analysis and Review of European Housing and Health Status” – em www.euro.who.int/Housing/activities/20020711_1

¹³⁰ Estes indicadores, não foram porém, em reunião posterior, considerados ainda prontos para implementação, dadas as dificuldades envolvidas nomeadamente na recolha de dados adequados (ECOEHIS, 2004).

¹³¹ “O sistema ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada, foi criado em 2000, e é coordenado pelo Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. [...] é um sistema de recolha e análise de dados sobre acidentes domésticos e de lazer (ADL) que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde” (Rabiais *et al.*, 2006, p. 5).

Alguns dados deste estudo foram sintetizados nas tabelas 71, 72-V-A8 podendo-se salientar que 16,5% dos agregados contactados considera que vive numa habitação insegura para pessoas idosas – proporção que aumenta para 18% nas habitações em que pelo menos um dos residentes tem 65 ou + anos. No entanto, questões versando sobre aspectos específicos da habitação traçam um panorama de prevalência de riscos bem mais elevado. Assim, e em particular no que toca algumas das características que se podem associar a um risco acrescido de quedas, verifica-se, no conjunto dos alojamentos inquiridos¹³², que:

- 40% tem pequenos desníveis interiores (valor que aumenta significativamente em meio rural - 49% -, e nas regiões do Alentejo – 54% e Centro 51%);
- mais de 1/5 das escadas não tem corrimão ou protecção equivalente, situação que se torna mais frequente nas casa onde reside pelo menos um idoso e/ou a média etária é mais elevada, bem como entre os menos escolarizados e na região de Lisboa e Vale do Tejo;
- a inexistência de anti-deslizantes na banheira/chuveiro constata-se também em cerca de 1/5 do total das habitações inquiridas, subindo no entanto, para mais de 1/3 entre as pessoas com nível educativo mais baixo;
- já os anti-deslizantes nos tapetes estão ausentes na maioria das casas (57%), sendo uma falha ainda mais frequente precisamente entre os mais velhos;
- luz de presença para facilitar deslocação nocturna é outro aspecto ausente na maior parte dos alojamentos (66%) inquiridos.

Ou seja, mesmo sem percorrer riscos de segurança relativos a outro tipo de acidentes (também contemplados neste estudo), ou outros detalhes habitacionais, não estudados, potenciadores de quedas, são amplos os indícios de possibilidades de melhorias ambientais podendo contribuir para a prevenção dos ADL neste grupo etário.

Quanto às características da habitação em Portugal com implicações para a acessibilidade, nomeadamente dos mais velhos, é ainda menos a informação disponível. Afirma-se no Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade que *“segundo os Censos de 2001, apenas um terço dos edifícios de habitação não é acessível. No entanto, se restringirmos este universo aos edifícios de habitação com mais de um piso, a percentagem dos edifícios não acessíveis sobe para cerca de 43%. Tomando em consideração que cerca de 70% das habitações se localizam em edifícios com mais de um piso, podemos concluir que cerca de 40 % das habitações não são acessíveis. Os resultados dos Censos de 2001 indicaram também que 37,4% das pessoas com deficiência residia em edifícios não acessíveis”* (PNPA-Resol. C.M. nº 9/2007, p. 367). No entanto esta definição de acessibilidade dos edifícios centra-se no acesso externo (existência de degraus e/ou rampas) não levando em conta quer a circulação no interior do edifício (e.g., existência de elevador em edifícios com vários pisos), quer naturalmente outras características de adaptação da própria habitação¹³³. Ora, a tabela 73-V-A8 permite constatar que, em 2001, a grande maioria dos edifícios em Portugal com mais de um piso não dispunha de elevador – aspecto que só por si restringe, na prática, as situações de efectiva acessibilidade sobretudo às construções que não ultrapassam o nível térreo, constituindo, nessa data, cerca de 1/3 dos edifícios (e certamente, uma percentagem muito menor dos alojamentos, já que como se viu estes se localizam maioritariamente em prédios mais elevados).

Algumas das características das habitações focadas noutros tópicos do “Perfil” - a propósito da segurança (e.g., existência de desníveis), condições básicas de conforto (e.g., sanitários), tecnologias, etc. - são relevantes para uma apreciação das barreiras/adaptações ambientais, sem, de modo algum, esgotarem a questão. Na ausência de dados directos sobre a globalidade desses aspectos, a prevalência de limitações funcionais constitui uma indicação útil para um mais aproximado conhecimento das necessidades potencialmente existentes. A informação disponível sugere uma preponderância assinalável nos idosos

¹³² Tratou-se de uma amostra aleatória de unidades de alojamento (UA) possuidoras de telefone fixo - estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea -, onde residia pelo menos uma mulher com 18 ou mais anos. Das 868 UA participantes, mais de 1/3 (38,9% da amostra não ponderada) tinha pelo menos um residente com 65+ anos (Branco *et al.*, 2004).

¹³³ Como sublinha Bonnefoy *“the accessibility and usability of housing is of importance for enhancing the abilities of older and/or disabled persons to live independently in their own home. This includes the concept of complete use of the dwelling and its immediate environment: it is not sufficient for a person to merely have access to the building, dwelling, or environment”* (2007, p. 417)

portugueses de problemas de mobilidade (EB58.2, 2002 e Censos 2001 – Fig. 31 e 33-V-A8 discutidas em B.2.3). Ora, de acordo os resultados do projecto LARES da OMS-Europa¹³⁴, é precisamente entre os idosos com limitações dessa natureza que se regista a mais elevada prevalência de necessidades de adaptação da habitação, tendo 1/4 destes inquiridos expressado um pedido directo neste sentido (WHO-Europe, 2007, p. 29). Embora sem ser possível discriminar dados para as pessoas idosas e para Portugal, os resultados desse inquérito serão em todo o caso sugestivos do tipo de modificações mais necessárias em alojamentos de pessoas com deficiência - por ordem de frequência, adaptações: na casa de banho (33,7%); elevador (19,7%); escadas, rampa (13,9%); portas, janelas (11,1%); corrimão, apoios (5,3%); cozinha (4,8%); entre outras. Em Portugal foi realizado, em 2007, um estudo ECOS focando situações de pessoas residentes na comunidade dependentes de cuidados de longa duração (Branco, Paixão, 2008). Ainda que sem dados discriminados por idade, observa-se que em 1/5 dos casos tinham sido realizadas obras para adaptação da habitação à situação e que, mesmo assim, subsistiam mais 1/4 de alojamentos (28%) que os inquiridos consideravam não reunir as condições adequadas para acolher o dependente. Assinala-se ainda que, no mesmo estudo, agregados que tinham tido necessidade de institucionalizar um familiar dependente, apontavam, em 40% dos casos, a falta de condições de habitação como um dos motivos implicados¹³⁵.

• Aspectos económicos

A “acessibilidade económica”/’*Affordability*’ é outro dos nove indicadores seleccionado pela “*WHO technical meeting on Housing-Health Indicators*” (WHO-ECEH, 2004) e posteriormente proposto para inclusão no ECHI (ECOEHIS, 2004). Embora a sua definição exacta estivesse ainda em elaboração (*idem*), aproximar-se-á possivelmente do indicador de “Sobrecarga Económica com Custos de Habitação” incluído no Eurostat (tabela 74-V-A8). De acordo com este, em 2001, os agregados portugueses em situação de sobrecarga, ou mesmo grande sobrecarga, associada a este tipo de despesas eram uma maioria (respectivamente 52% e 23% do total das famílias), e estavam numa situação claramente pior que a generalidade dos europeus/EU15 (47% sem sobrecarga com a habitação). Curiosamente, e ao contrário do que se verifica para outros indicadores analisados, nesta vertente mesmo os agregados constituídos por uma só pessoa idosa¹³⁶ não experimentavam uma situação de gravidade muito maior que a do conjunto das famílias portuguesas (74% com alguma ou muita sobrecarga) e os agregados de 2 adultos (pelo menos um 65+) tinham mesmo uma ligeira “vantagem” (“só” 70% com sobrecarga devida à habitação).

Esta situação encontrará possivelmente explicação parcial nas diferenças entre idosos e restante população portuguesa quanto ao regime de ocupação da habitação. Dados do Eurostat relativos a 2001 (tabela 74-V-A8) revelam que a situação mais usual em Portugal era a de ser proprietário da sua própria casa, verificada em 2/3 do conjunto das famílias e provavelmente também na maioria dos agregados com idosos (nos de 1 só pessoa/65+ a frequência era algo inferior, mas mesmo assim superando a metade – 55% –, ao passo que nos de 2 adultos, pelo menos um com 65+, era superior à média nacional – 71%). Mas um importante dado adicional, é que, de acordo com os dados dos Censos de 2001, a quase totalidade (94%) das famílias com representantes idosos residindo em alojamento de sua propriedade não tinha encargos com a compra da habitação e, quando os tinham, eram em geral bastante reduzidos (Campos, 2004) – situação bastante diversa da dos proprietários mais jovens, mais frequentemente ainda a pagar empréstimo relativo à sua habitação e com encargos mais elevados (gráficos 75-V-A8). Por outro lado, quando pagam renda pela sua habitação “as famílias com representantes idosos concentram-se preferencialmente nos escalões mais baixos de rendas, 29,8% com rendas inferiores a 14,96 euros, sendo

¹³⁴ Este inquérito, decorreu em 2002/2003, sob a égide da *WHO Regional Office for Europe*, em 8 cidades europeias - incluindo uma portuguesa (Ferreira do Alentejo), a par de Angers/França, Bona/Alemanha, Bratislava/Eslováquia, Budapeste/Hungria, Forlì/Itália, Genebra/Suíça e Vilnius/Lituânia - abrangendo, em cada uma delas, cerca de 400 alojamentos /1000 residentes (21% dos quais, na amostra global, com 60 e mais anos) (WHO-Europe, 2007).

¹³⁵ Lembre-se que nestas questões genéricas sobre condições de habitação podem estar subjacentes outros factores para além da acessibilidade/segurança (e.g., falta de espaço).

¹³⁶ Relembra-se que, de acordo com os dados do INE/Inquérito aos Orçamentos Familiares 2000 “foram os idosos a viver sós que mais sentiram o peso, no seu orçamento, das despesas com a ‘habitação; despesas com água, electricidade, gás outros combustíveis’ (29% do total)” (INE, 2002c).

quase nulo o número destas famílias nos dois escalões mais elevados de rendas” (idem, p. 114). Será a conjugação destes factores – casa própria já paga ou rendas de baixos preços – que se hipotetiza justificará então o facto de que, apesar de disporem de rendimentos médios mais baixos que a população em geral, não surgirem entre os idosos portugueses muito mais situações de sobrecarga financeira com a habitação.

Em qualquer caso, convém destacar que, segundo o IDEF de 2005/2006, e como já se referiu noutro ponto, para os agregados com representante de 60+ anos ou outros agregados de idosos (e.g., um ou dois idosos a viver sós), os gastos com a habitação (incluindo-se aqui também água, electricidade, gás e outros combustíveis), ainda que envolvendo um montante médio anual muito inferior ao despendido noutras famílias, correspondiam mesmo assim a um encargo proporcionalmente bem mais pesado do que para a generalidade das famílias portuguesas (tabela e gráficos em 12-V-A8). Constituíam aliás a mais importante classe de despesas desses agregados – que, quando conjugadas com a alimentação, representavam cerca de metade dos seus gastos médios. Preocupante ainda é o agravamento do seu peso proporcional desde 1999 (passando, por exemplo, neste período de 24% para 31% das despesas dos agregados com representante de 60+ anos).

Uma referência final para a habitação social – embora não se disponha de dados relativos especificamente aos idosos pode-se assinalar que a habitação social em 2003 correspondia só a 3% do parque habitacional nacional total e a 16% do sector de arrendamento – valores relativamente baixos face aos outros países da UE15 (Sweden, Czech R., 2005) e com tendência para decréscimo (WHO-ECEH, 2006).

• Qualidade subjectiva

Naturalmente os aspectos da habitação pertinentes para a saúde/ bem-estar/qualidade de vida dos mais velhos incluem ainda muitas outras vertentes não focadas por estes indicadores – quer em termos de características materiais e objectivas, quer de facetas com implicações simbólicas, psicológicas, sociais, etc., que são também função essencial da habitação (v.g. WHO-ECEH, 2006; UN, 2002). Indicadores da avaliação subjectiva global da habitação feita pelos próprios residentes têm a vantagem de, de alguma forma, levar em conta o conjunto destes aspectos – com o benefício adicional de o fazer da perspectiva do ajustamento “indivíduo-meio” que alguns autores têm salientado como sendo a mais relevante (v.g., Oswald *et al.*, 2005).

É interessante notar que entre as várias dimensões habitualmente incluídas em inquéritos pedindo uma avaliação das condições/qualidade de vida, a habitação tende a ser aquela que reúne mais elevados níveis de satisfação (v.g., Special EB 273 - TNS, 2007; EQLS-2003 - Domański *et al.*, 2006). Também em Portugal a enorme maioria das pessoas se revela satisfeita com a sua casa, incluindo entre aqueles com 65 e mais anos (77%) muito embora em proporção claramente inferior à dos seus congéneres no conjunto da EU15 (94%). Estes, de resto, apresentam níveis de satisfação um pouco superiores aos da generalidade das faixas etárias – precisamente a tendência inversa à constatada entre nós (dados de 2004, EB 62.2 – tabela 76-V-A8). É de notar que entre os idosos portugueses a satisfação com a habitação é menor entre os homens que entre as mulheres e maior nos que vivem em grandes cidades. Parece estar fortemente associada à capacidade económica dos indivíduos, já que os níveis de satisfação habitacional entre aqueles que estão também satisfeitos com a sua situação financeira é de 99% ao passo que, entre os com uma avaliação negativa desta, só atinge os 60% (uma diferença relativa que implica uma insatisfação 40 vezes maior entre os desfavorecidos!). Embora estes dados devam ser encarados com reserva, atendendo à reduzida dimensão da amostra em causa, são no entanto genericamente concordantes com a existência de significativas desigualdades sociais neste domínio da habitação, já patenteadas por outros indicadores.

B.3.4.2. ZONA DE RESIDÊNCIA / AMBIENTE LOCAL¹³⁷

Os indicadores do ECHI-2 (2005) neste domínio respeitam quase exclusivamente ao que se pode designar como características ecológicas (níveis de poluição; água e saneamento; etc.). Já a CSDH da OMS (2008) recomenda a monitorização de determinantes do ambiente físico que incluem também outros aspectos de infra-estrutura, design urbano e transporte. Se estes indicadores seriam insuficientes para abordar as diversas vertentes do ambiente físico aludidas no Cap.2-B.2.2.2 como relevantes para os mais velhos (que incluem múltiplas variáveis e mecanismos de impacte directo e mediado; factores objectivos e subjectivos; de risco e “capacitadores”; etc. – idealmente estudados numa abordagem ecológica, de base territorial¹³⁸) a caracterização possível no contexto do presente trabalho fica ainda mais distante do desejável - restringindo-se a indicadores centrados nos indivíduos e com frequência de carácter subjectivo e/ou auto-reportado.

• Características “ecológicas”

A poluição atmosférica exterior é um dos determinantes da saúde, a nível do ambiente físico, cuja monitorização o ECHI-2 recomenda (2005)¹³⁹. Os dados disponíveis para o território nacional (tabela 77-V-A8), permitem observar valores piores em Portugal do que a média europeia no que concerne à exposição da população urbana a partículas PM10 e às emissões de óxidos de Enxofre (SO₂) e de Azoto (NO₂), e, sobretudo, na evolução destes valores desde 1990. Já a concentração destes dois últimos poluentes na capital e a exposição ao Ozono (O₃) em zonas urbanas eram menores entre nós do que a média da EU15, em 2002/04.

No que se refere à exposição ao ruído (outro indicador incluído no ECHI-2) não se dispõe de avaliação objectiva, mas indicadores subjectivos (Flash EB 123, 2002 – tabela 77-V-A8) revelam mais queixas em Portugal do que em qualquer outro país da EU15, sendo que a proporção de queixas de ruído na zona de residência é ainda maior entre as pessoas de 65+ anos (54,5%) do que na população em geral (49%). Também para a qualidade da água canalizada só se obteve informação do mesmo tipo – mais uma vez com piores resultados em Portugal do que no resto da EU15 (embora neste caso as queixas sejam um pouco menos frequentes no grupo etário mais velhos), idêntica situação se observando para a gestão de resíduos¹⁴⁰. Já quanto à população servida em Portugal por abastecimento de água e por drenagem e tratamento de águas residuais (itens igualmente contemplados no ECHI-2), embora não existam dados comparativos internacionais, há informação objectiva recente (2006) para o território nacional, dando conta de coberturas ainda bastante aquém dos 100%. Finalmente, e também de acordo com dados também do INE mas de 2001, quase 1/10 dos edifícios não teriam recolha de resíduos sólidos urbanos.

Assim e, embora alguns indicadores não sejam os mais adequados, os dados sugerem que em Portugal, ao mesmo tempo que ainda não foram adequadamente resolvidas algumas condições ambientais básicas, a nível de saneamento, co-existem já também com estes, em grau significativo, problemas ambientais “do

¹³⁷ Incluem-se nesta secção aspectos sobretudo do ambiente natural e construído relativos à zona de residência, mas também outros, não circunscritos a esse ambiente mais imediato, igualmente relevantes para a saúde. Por outro lado, nas análises da relação das características da zona de residência/comunidade com a saúde e bem-estar dos indivíduos é usual englobar igualmente factores de outra ordem: e.g., composição populacional, dinâmicas sociais, infra-estruturas, etc. Por facilidade de exposição alguns desses aspectos são abordados aqui, mas outros são remetidos para a secção relativa a ambiente social.

¹³⁸ Como exemplos de pesquisa desenvolvida em Portugal nessa linha veja-se P. Machado (2004), para uma ecologia social da Lisboa “idosa”, ou a Geografia da Saúde de P. Santana (2005).

¹³⁹ “*Outside air pollutants (...)* SO₂ emissions, kg/person/year. *Environ-health: population distribution of exceedance hours of limits for NO₂, SO₂ in urban areas; population weighted annual mean of O₃, PM_{2,5};*” e ainda “*PM10 exposure (...): Population-weighted annual average ambient concentration of PM10. (...) % urban population exposed to concentrations exceeding limit value (50 µg/m³, 24 h average) on 35 or more days.*” (ECHI-2, 2005, An. 5, p. 67).

¹⁴⁰ Assinala-se aliás que Portugal fica no pior lugar da EU15 em 9 dos 10 itens de queixas ambientais contemplados neste Flash EB. No entanto, em itens semelhantes no inquérito EQLS – 2003 a apreciação subjectiva nacional quer do ruído, quer da qualidade da água é bem mais favorável, ficando a percentagem de queixosos até um pouco aquém da média europeia (respectivamente 17% e 13% de queixas em Portugal, sendo a média da EU15 nos mesmos itens 18% e 15%) (Domański *et al.*, 2006). Uma possível contribuição para esta diferença de resultados pode ser a escala para que remete a pergunta – no EQLS fala-se só em razões de queixa, especificando o Flash EB123 que se trata da zona em que reside. Ora no II Inquérito Nacional Os Portugueses e o Ambiente verifica-se uma alteração no ranking quando se passa de problemas globais para uma de maior proximidade – aqui “O problema mais referido passa a ser a poluição do ar e os maus cheiros (29%), seguindo-se a poluição sonora e o ruído (17,6%) e os problemas dos lixos e sujidades (13,4%) nas suas várias dimensões - falta de limpeza das ruas e dos contentores e lixeiras” (Almeida *et al.*, 2001).

desenvolvimento” – como poluição atmosférica (embora se desconheça a percentagem de população idosa a residir em zonas mais afectadas), e possível poluição sonora/ruído, afectando especificamente neste caso os mais velhos. Quanto às implicações deste último factor saliente-se a investigação que, na população em geral, tem encontrado importantes associações do ruído por exemplo, com perturbações do sono, depressão e pior saúde subjectiva, levando a afirmar “*noise exposure as a major urban problem and also as one of the major causes of annoyance and reduced quality of life*” (Bonney, 2007, p. 421).

• Distribuição geográfica e acessibilidade de infra-estruturas/ Estruturas de Oportunidade

Ainda que não contemplada no ECHI-2, a avaliação do acesso geográfico a bens e serviços – ou pelo menos aos serviços de saúde –, com base em critérios distância/tempo de deslocação, vêm já ganhando algum lugar na monitorização e investigação em saúde - incluindo em Portugal (v.g., Santana, 2000; 2005)¹⁴¹. P. Santana (2000) conclui aliás que, no que toca especificamente aos idosos portugueses, duas das mais graves barreiras ao seu acesso aos cuidados de saúde são a falta de mobilidade e os custos das deslocações – particularmente acentuadas em meio rural, onde a distância, em especial a serviços especializados, pode ser bastante elevada.

No entanto, como se observou na introdução teórica, para além dos equipamentos de saúde, há outras estruturas cuja proximidade e (acessibilidade física) têm relevante impacto na saúde, autonomia e qualidade de vida das pessoas mais velhas (Cap. 2-B.2.2.2). No contexto do presente estudo, a informação obtida é pouco mais que ilustrativa, restringindo-se somente aos dados de um Eurobarómetro já de 1999 (EB 52.1) (Fig. 78-V-A8). Este, tomando como referência deslocações auto-avaliadas em menos de 20 minutos, dá conta de que só 8% dos idosos portugueses teriam, a essa data, dificuldade de acesso a supermercado ou equivalente, um valor pouco superior ao observado na EU15. Já, quanto aos outros serviços considerados a situação é menos favorável, quer em termos absolutos, quer por comparação com a média europeia – com cerca de 1/3 sem banco próximo e 2/3 longe de qualquer cinema (dificuldades de acesso que, de resto, também afectavam a generalidade da população portuguesa, por contraste com outros países da EU15, embora em grau inferior ao que sucede com os mais velhos). Dados do II Inquérito do Ambiente, pouco mais recentes e não discriminando a população idosa, sugerem que os serviços e acessibilidades seriam o que cerca de um quarto dos portugueses mais gostariam de ter na proximidade da sua residência (Almeida *et al.*, 2001).

Lembre-se naturalmente que, para adequada avaliação da acessibilidade, a distância geográfica é só um de vários aspectos a contemplar – de sobremaneira em populações em que as limitações de mobilidade e, frequentemente, de recursos pessoais (do transporte à capacidade económica, passando pelo nível de escolaridade/ literacia e informação, etc.) criam obstáculos à efectiva possibilidade de utilização das estruturas existentes. Escasseia, porém, a informação em Portugal (v.g., Resol. C.M. nº 9/2007), mesmo no que toca aos aspectos mais básicos do cumprimento da legislação de acessibilidade. Em qualquer caso, e com vista à intervenção, tais dados são sobretudo interessantes à escala local.

• Qualidade do ambiente construído e contacto com a natureza

Nenhum indicador deste tipo é considerado no ECHI-2 mas o entendimento de “habitação” da OMS, na dimensão relativa ao ambiente envolvente contempla a noção de que “*the immediate housing environment has an impact on health through the quality of urban design*” (Bonney, 2007, p. 414), investigada em estudos como o já referido Lares (*idem*). Também o First European Quality of Life Survey/EQLS (v.g., Domański *et al.*, 2006) ou o European System of Social Indicators/ EUSI, por exemplo, incluem, na rubrica geral de habitação, indicadores neste domínio. Como se viu no Cap. 2-B.2.2.2 há já alguma evidência quanto ao potencial impacto específico de diversas características do foro do planeamento urbano na mortalidade, saúde física, mental, social, funcionalidade e bem-estar da população idosa – incluindo uma influência mais directa em aspectos como a actividade física e mobilidade.

¹⁴¹ Embora não centrada na temática da saúde e abrangendo somente a cidade de Lisboa, a já citada investigação de P. Machado (2004), constitui também excelente ilustração de estudo conjugado de características ambientais físicas (e sociais) pertinentes para a população idosa.

A informação coligida, de diversas fontes, é porém escassa (tabelas e gráfico 78-V-A8). Em avaliações subjectivas sobre a sua zona de residência destaca-se em particular a frequência com que os idosos portugueses, como a população nacional em geral, referem queixas relativas a danos na paisagem (referidos por 69% dos idosos em Portugal – contra só 32% na EU15) e edifícios degradados (respectivamente 46% e 18%). Um relatório sobre o EB 56.1, 2001 (Gallie, Paugam, 2002 – gráfico incluído em 78-V-A8) acrescenta um elemento interessante a este respeito observando que em Portugal, como na Grécia, a (muito elevada) ocorrência de “degradação a nível local”¹⁴² não incide de modo muito destacado nos grupos sociais de mais baixos rendimentos (como acontece na generalidade dos outros países da EU15), surgindo como um problema transversal à sociedade portuguesa. Constatase por outro lado, que a percepção de “estigma” associado à zona de residência (“área sem boa reputação”) não é muito maior em Portugal do que na EU15 (e um pouco menor para os idosos -16% - do que para a restante população) – o que poderá vir em reforço da hipótese de que poderão estar em causa problemas de fundo na urbanização e manutenção do edificado urbano, mais do que constituir estes sobretudo reflexo de problemas sociais agudizados em zonas delimitadas.

Outra faceta em que as queixas, embora mais frequentes em Portugal do que na generalidade da EU15, não atingem proporções muito elevadas, é a falta de zonas verdes ou de recreação - apontada por 18% dos idosos nacionais (12% na UE15) e 22% dos portugueses em geral¹⁴³. A importância que tenderá a assumir, para a população mais idosa, a existência na zona de residência de espaços para interacção social é, no entanto, confirmada pelo projecto europeu LARES (WHO-Europe, 2007). Que, por sua vez, o contacto com a natureza em termos quotidianos será muito valorizado pela população nacional (>15 anos) é, também, sublinhado pelos resultados do II Inquérito relativo ao Ambiente, onde, questionados sobre o que mais gostariam de ter próximo da residência, uma grande “maioria (67%) requer mais “Natureza” como cenário envolvente”, sobretudo o que os autores do relatório designam como “uma natureza “domesticada”, ou seja, ordenada em jardins e espaços verdes” (50,1%) levando-os a concluir: “Reconfirma-se, assim, aquilo que já surgia nítido em 1997: uma grande carência de “verde” - jardins, campo ou simples árvores - sentida pela esmagadora maioria” (Almeida *et al.*, 2001, pp. 11-12).

Embora sem dados discriminados para a população idosa, o relatório do estudo europeu LARES sobre habitação e saúde (abrangendo também uma cidade portuguesa), confirma que tal escassez de zonas verdes e espaços públicos, e falta de manutenção urbana (deterioração de casas/jardins, grafitis, lixo, etc.) – a par da percepção de insegurança, alimentada por estas “incivildades” de natureza física e/ou outras de âmbito social - “*have a large impact on the quality of life of the residents. In neighbourhoods affected by such problems, there was a significantly decreased level of physical activity as well as a significantly increased level of obesity (in adults)*” (WHO-Europe, 2007, p. 33). Mais genericamente aliás, o Índice de Qualidade Residencial criado nesse relatório (incluindo, além destes, por exemplo, indicadores de ruído e avaliação geral da área) revela-se fortemente associado com a saúde subjectiva dos residentes, mesmo após ajustamento para ESE, idade género e cidade, sendo que “*The residential characteristics (graffiti, litter, no place to sit and relax, not enough greenery) are not only associated with measurable health outcomes, but are most relevant for satisfaction, annoyance, well-being and quality of life outcomes*” (*idem*, p. 34).

● Avaliação subjectiva geral da zona de residência

Este é um indicador que - embora pouco sugestivo em termos de pistas específicas de actuação -, se pode pressupor fazer um balanço não só das várias características do ambiente físico relevantes, mas simultaneamente das do ambiente social (ver B.3.3) tal como são percebidas e avaliadas no quadro de valores e expectativas específicas dos inquiridos. É assim interessante notar que os idosos portugueses estão tendencialmente mais satisfeitos com o bairro onde residem (93%) do que os seus congéneres europeus (91%) ou mesmo do que outras faixas etárias em Portugal (dados do EB 62.2 de

¹⁴² Assinale-se no entanto que esta característica é avaliada através de 3 itens, só um dos quais diz respeito ao ambiente físico (casas degradadas no local de residência), remetendo os dois restantes para problemas sociais locais (desemprego e toxicodependência).

¹⁴³ Note-se, mesmo assim, que este item pertence ao já referido inquérito EQLS-2003 e que, em termos comparativos, esta queixa é, neste estudo, mais frequente entre os adultos portugueses do que as relativas à poluição atmosférica ou sonora (17%) e qualidade da água (13%) (Domański *et al.*, 2006).

2004; tabela em 79-V-A8). Tal satisfação parece, em todo o caso, variar segundo o tipo de local de residência, sendo sempre maior em meio rural, e mais ainda, em função das condições económicas dos inquiridos – surgindo como praticamente universal entre os idosos portugueses sem problemas financeiros. O primeiro destes aspectos não deixa de ser curioso, dada a literatura que indica as maiores dificuldades que os mais velhos enfrentam em meio rural em termos, por exemplo, de mobilidade (v.g., Mollenkopf *et al.*, 2004) e de acesso a cuidados de saúde (Santana, 2000).

Estes dados vêm ao encontro dos de outro indicador da mesma fonte, analisado a propósito do capital social (B.3.3.3), que dava conta da particularmente forte ligação dos portugueses mais velhos à sua localidade de residência - bem como das “vantagens” relativas (face a outros países e grupos etários) que poderão ter em termos de recursos sociais a uma escala local (redes de vizinhança com frequentes contactos, sentimentos de proximidade e existência de entreajuda na zona residência), possíveis factores contributivos para uma satisfação elevada com o bairro.

B.3.4.3. TRANSPORTES

É pouco mais que ilustrativa a informação disponível sobre esta dimensão, fundamental para o apoio à mobilidade e, logo, à autonomia e participação das pessoas idosas em Portugal (tabelas 80-V-A8). Dados já não muito recentes (do IOF, 2000, em Gonçalves, Silva, 2004) indicam que entre os agregados familiares nacionais com idosos era minoritária a posse de veículo motorizado próprio – sendo que entre os idosos vivendo sós a situação se agudizavam, com menos de 1/10 a dispor de automóvel ou moto. Tal sublinha a importância que os transportes públicos terão para esta faixa da população – bem como a possibilidade de aceder a pé aos destinos mais relevantes (sendo aliás esta a principal forma de mobilidade neste grupo, segundo estudo efectuado noutros países europeus - Mollenkopf *et al.*, 2004).

Indicadores subjectivos de várias fontes, relativos aos transportes públicos, sugerem que a facilidade de acesso a estes pelos idosos em Portugal não difere da média europeia, com cerca de 95% da população a ter alguma paragem a menos de 20 minutos de distância a pé e menos de 1/3 (29%) a revelar-se insatisfeito com o acesso possível ou ainda com a qualidade dos serviços disponíveis (28%). Só a avaliação global da qualidade do sistema nacional dos transportes públicos se revela, no EQLS-2003, inferior em Portugal face à média europeia, ficando pouco acima do ponto médio da escala – emitindo mesmo assim os mais velhos (como já sucedia no item anterior) um juízo um pouco mais favorável que a generalidade da população nacional (5,7 numa escala de 1 a 10).

Acrescente-se que se os transportes públicos serão importantes para a generalidade dos mais velhos, grupos com dificuldades acrescidas de mobilidade terão evidentemente necessidades especiais. A esse respeito, um estudo ECOS de 2007 indica que mais de 2/3 das famílias com pessoas com dependência, requerendo cuidados continuados no domicílio, expressavam necessidade de ajuda para transportes (Branco, Paixão, 2008).

Torna-se particularmente relevante para esta população também a análise do *design* do transporte em termos de acessibilidade. Não se aprofundando aqui dados relativos a esta questão, mencione-se no entanto que foi, sobre esse tema, feito “um diagnóstico rigoroso da situação geral existente ao nível dos transportes” (Resol. C.M. nº 9/2007, p. 367), abarcando os vários tipos de transportes colectivos existentes (das instalações aeroportuárias, aos meios ferroviários, transportes urbanos e autárquicos, passando por ligações fluviais e metropolitano), que permite constatar inúmeras e pesadas insuficiências neste domínio (e.g., menos de 10% de veículos adaptados na frota de transportes regulares urbanos e inexistência de oferta de transporte em táxis adequados para pessoas com mais severas necessidades).

B.3.4.4. TECNOLOGIA

Um contributo fundamental para promoção da independência e bem-estar das pessoa idosas, como se viu em Cap. 2-B.2.2.2, é o acesso a tecnologias especialmente vocacionadas para “prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar a incapacidade” (OMS, 2004, p. 154); não se obteve porém informação sobre as necessidades de ajudas técnicas e níveis de satisfação das mesmas à escala nacional. Assinala-se

somente que, no contexto do estudo ECOS, em 2007, sobre pessoas dependentes requerendo cuidados continuados no domicílio, se obteve a indicação de que um pouco mais de metade das pessoas nessa situação (54%) tem reconhecida necessidade (pelo próprio e/ou família) de algum tipo de ajudas técnicas, sendo que só 2/3 dessas situações tinham tais necessidades totalmente supridas (Branco, Paixão, 2008).

Em termos mais gerais de equipamentos que podem facilitar a realização das tarefas quotidianas, a segurança e o conforto das pessoas idosas - e para além dos elementos já discutidos a propósito da Habitação (B.3.4.1 - e.g., aquecimento, segurança) -, os dados disponíveis são já de 2000 (tabela 80-V-A8). Observa-se aqui uma nítida tendência para os agregados com pessoas idosas terem menos acesso que a média das famílias portuguesas a equipamentos usuais de apoio ao trabalho doméstico (como micro-ondas, aspirador ou máquina de lavar roupa), dificuldade esse que se torna ainda mais acentuada em pessoas idosas que vivem sós (e.g., só cerca de metade tinha nessa data máquina de lavar roupa).

Bastante menor ainda neste grupo etário é o acesso a tecnologias de informação e comunicação - a julgar nomeadamente pela percentagem esmagadora (96,5%) de idosos portugueses que nunca usava a internet em 2006 (ESS3, tabela 65-V-A8 – outra ferramenta essencial para uma plena integração e participação na sociedade contemporânea, com potencial utilidade acrescida em pessoas com limitações de funcionalidade (v.g., Kahana *et al.*, 2003).

Um pouco como síntese quanto ao ambiente físico e social (bem como factores socioeconómicos), e embora não dispondo de dados específicos para as faixas etárias mais velhas, podem-se de referir os resultados de 2006 de um EB especial que inclui uma escala global de “Satisfação com as condições/ ambiente de vida”¹⁴⁴. Aqui Portugal obtém uma pontuação média que, embora traduza alguma satisfação (3,47 numa escala de um máximo de 5), é inferior à de todos os outros países da EU15 e mesmo à média global da EU25 (3,87), ocupando o 22º lugar do *ranking* dos 25 países europeus (Special EB 273 - TNS, 2007, p. 12).

Em **síntese**, os dados obtidos quanto a características do ambiente físico, natural e construído, com maior relevância potencial para a saúde, funcionalidade e qualidade de vida dos portugueses mais velhos, embora claramente insuficientes, permitem sinalizar alguns problemas e potencialidades. A casa/habitação, espaço privilegiado de vida nestas idades e determinante de peso na saúde e bem-estar, apresentará em Portugal muitas deficiências, a afectar uma parte importante dos idosos nacionais. Problemas como a falta das mais básicas infra-estruturas, ainda prevalente em muitos agregados, ou a ocorrência de humidade, bolores, apodrecimento de portas/janelas, etc., são questões que possivelmente se associam a um parque habitacional antigo e não recuperado, agravadas pela fragilidade da situação económica de boa parte desta população (embora algumas falhas afectem também idosos nos escalões mais elevados de rendimento). A insuficiência no aquecimento doméstico merece aqui destaque, como um problema de consequências não raras vezes fatais e em que as desigualdades económicas são particularmente expressivas. Ainda que seja escassa a informação, apresenta-se provável a existência também de frequentes riscos de segurança e barreiras à acessibilidade, dentro e fora das habitações.

Sendo com frequência proprietários das casas (sem encargos) ou arrendatários pagando rendas de montantes abaixo do valor do mercado - mas, ainda assim, com despesas totais de habitação que constituem já uma sobrecarga económica excessiva para o agregado – presume-se que esta população poucas vezes terá alternativa em termos de mudança de casa ou realização das necessárias obras de adaptação em situações de perda de mobilidade ou outras que tornem deficitária a situação de habitação.

Acresce ainda que uma parte importante deste grupo não dispõe de alguns equipamentos básicos de conforto e apoio nas actividades domésticas – fazendo antecipar uma fraquíssima penetração das tecnologias que crescentemente vão sendo desenvolvidas para facilitar a independência, autonomia e participação nesta fase da vida. Não se dispondo de informação sobre este último aspecto parece, em particular, importante promover a monitorização das necessidades e utilização de ajudas técnicas em Portugal.

¹⁴⁴ “*Living environment scale*”, constituída a partir de 11 itens de satisfação com a vida que se relacionam com o contexto de vida (satisfação com: “*Your house or flat; The quality of life in the area where you live; Your standard of living; Travel facilities for going to work, shopping; Your state of health; The time you have available to do the things you want to do; The medical services in your local area; The shopping facilities in your local area; The job opportunities in your local area; Leisure facilities in your town*”; Happiness) (TNS, 2007).

Assim, adivinham-se importantes margens para ganhos potenciais de saúde e bem-estar, face a uma eventual melhoria da situação de habitação, nomeadamente (mas não só) junto dos idosos em situação de maior fragilidade económica, com benefícios que se poderão estender a múltiplas vertentes: desde, por exemplo, a redução do excesso de mortalidade de inverno, à prevenção de quedas/acidentes domésticos ou o impacte nas doenças respiratórias, passando por aumento da mobilidade/independência, participação e bem-estar – para além da própria viabilização de permanência na comunidade (por alternativa à institucionalização). Mas é, por outro lado, de sublinhar que a maioria dos portugueses mais velhos se manifesta satisfeito com a sua casa, parecendo também de valorizar aspectos como a estabilidade nas condições de habitação (decorrentes do regime de ocupação) – e outros, mais pontuais, como a disponibilidade de espaço exterior (varanda, jardim, etc.), o espaço da própria habitação, em que este grupo tende a ter vantagem (ou desvantagem reduzida) face ao conjunto da população.

Satisfação (e ligação) expressa também pela quase totalidade dos idosos portugueses face ao seu bairro/localidade de residência – que, com características também positivas, como se viu, do ponto de vista do ambiente social, se adivinha como possivelmente um dos recursos positivos para a saúde/bem-estar de boa parte da população idosa nacional, que importará preservar e melhorar, tanto mais que é em qualquer caso uma “escala”/ambiente de peso relevante nesta fase da vida. Mas é, simultaneamente, uma temática sobre a qual a informação escasseia.

Ainda assim, os dados sugerem que a poluição atmosférica, o ruído e as insuficientes condições de saneamento e degradação da paisagem/ambiente construído serão problemas de fundo a afectar a população nacional, em níveis que se afastam das médias europeias. Afigura-se provável também o inadequado acesso de percentagem não negligenciável da população idosa a estruturas diversas (para além dos serviços de saúde) – tanto em termos de espaços verdes, de socialização e lazer como de serviços (e.g., bancos, etc.). Dados os potenciais problemas de mobilidade deste grupo e a sua forte dependência dos transportes públicos, as distâncias geográficas, mas também a adequação da rede de transportes colectivos, assumem especial pregnância no acesso a tais estruturas. Mas são igualmente condicionantes potenciais, aspectos do planeamento urbano e *design* dos espaços públicos, edificações, transportes, etc. – que as poucas informações obtidas sugerem ter fraca adequação. Lembre-se que para os mais velhos estes factores, para mais conjugados com a já referida degradação, até estética, do ambiente local, podem constituir significativos obstáculos ou, no mínimo, dissuasores das actividades no exterior. Corre-se assim o risco de reduzir o que pode ser uma das suas principais formas de actividade física (andar), os benefícios potenciais do contacto com a natureza, as oportunidades de participação social e, ao limite, a viabilidade de satisfação independente de necessidades essenciais, com todas as repercussões que daí podem advir para a saúde, capacidade funcional, participação/ integração, autonomia e bem-estar. Estas serão pois questões a avaliar, monitorizar e melhorar, a nível nacional mas, em particular, à escala local.

B.3.5. Empowerment

Sendo a própria definição de *empowerment* complexa (ver Cap. 2-B2.4), a sua operacionalização e medição apresenta dificuldades acrescidas. O conceito abarca diversas dimensões (material, psicossocial, política) e níveis interligados (individual/psicológico; organizacional; comunitário/político), cada um deles com graus e vários *outcomes* potencialmente relevantes. Acresce a inadequação de uma abordagem estandardizada, universal, à sua avaliação, sendo recomendação do relatório WHO/HEN sobre o tema, a definição de indicadores apropriados à cultura, linguagem e contexto locais (Wallerstein, 2006, p. 16). Por outro lado, o *empowerment* pressupõe uma diversidade de requisitos, quer na componente agência individual/comunitária, quer no respeitante à “estrutura de oportunidades” que importa igualmente explorar, sendo também de considerar a análise de facilitadores e barreiras à mudança, envolvendo o recurso a métodos qualitativos (*idem*, p. 17).

A tudo isto somam-se os problemas relativos à disponibilidade de informação. Assim, e no caso concreto, os dados estatísticos obtidos mais directamente pertinentes para a apreciação do *empowerment* da

população idosa portuguesa, resultando de inquéritos nacionais aos indivíduos, são inerentemente limitados, focando sobretudo uma vertente pessoal. Em qualquer caso, a operacionalização do entendimento multifacetado de *empowerment* perfilhado, envolve a conjugação de uma diversidade de indicadores, a maioria dos quais já abordados a propósito de outros determinantes da saúde.

O World Health Survey contém uma questão que foca especificamente a percepção de **controle** (tabela 41-V-A8) – uma das componentes individuais/psicológicas do *empowerment* (v.g., Wallerstein, 2006), já abordada em B3.1.2. Os resultados em Portugal, em 2002/2003, indicam valores mais desfavoráveis nas idades muito avançadas (80 e mais anos), grupo em que 18% de indivíduos que se sentem frequentemente incapazes de controlar as coisas importantes na sua vida (proporção que no total da população fica pelos 6%); sugerem ainda importantes desigualdades socioeconómicas, com prevalências de não controle sete vezes mais elevadas nos adultos portugueses no quintil inferior por comparação ao quintil superior de rendimento. Também o indicador “**Autonomia/Controle decisões**” (ESS3, 2006 – tabela e gráfico 41-V-A8, discutido na mesma secção B3.1.3) se poderá interpretar como uma aproximação ao controle percebido, no domínio da vida pessoal¹⁴⁵, possibilitando neste caso uma comparação internacional. Os resultados são, como se viu, pouco favoráveis no que concerne à população portuguesa mais velha: 69% concordam que são “Livres de decidir como viver sua vida”, o que não só subentende quase 1/3 de idosos a não se reconhecer nessa autonomia, como representa uma proporção significativamente inferior à observada entre outros europeus na mesma faixa etária (81%). A análise das desigualdades entre a população idosa nacional revela um significativo gradiente associado quer à escolaridade, quer ao rendimento percebido (com a percepção de autonomia a estender-se a cerca de 85% das pessoas nas categorias sociais mais favorecidas), bem como desigualdades geográficas – enquanto idade e sexo não surgem como factores relevantes. A relação deste indicador com os resultados de saúde, quando ajustada para as variáveis sociodemográficas, só é significativa para a saúde má (cuja prevalência sofre um aumento de 50% entre os idosos com falta de autonomia).

Poder-se-ão mencionar ainda os dados relativos ao índice “factores psicológicos” (tabela e gráfico em 41-V-A8, já que se poderá equacionar com os sentimentos de “**self-worth**”, que já tem sido destacado como de potencial significado especial na percepção de *empowerment* em certos grupos de pessoas idosas (Afshar *et al.*, 2002). Estes resultados (já analisados também em B3.1.2) vêm igualmente reforçar este quadro de vulnerabilidade da população mais velha portuguesa, com valores muito mais desfavoráveis que os seus congéneres europeus e particularmente negativos entre os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (revelando ainda desigualdades geográficas e, neste caso, também de género).

Outro tipo de outcomes conotado com *empowerment* refere-se ao “sentimento de comunidade/*sense of community*” (Wallerstein, 2006), no qual se poderão incluir indicadores já analisados em B3.3.3. Essas variáveis (tabelas e gráficos em 58, 59-V-A8) sugeriam uma situação relativamente favorável para os portugueses mais velhos ao nível da percepção subjectiva de proximidade / “pertença” face à zona de residência, mas, em contrapartida, níveis muito baixos em índices que remetem para um nível societal mais geral – como a “confiança nas pessoas”, e muito em especial, a “confiança institucional”. Sendo reduzida a disponibilidade de outro tipo de indicadores que avaliem mais directamente as vertentes de *empowerment* inerentes à relação entre o Estado e os cidadãos, os dados relativos à falta de confiança e genérica insatisfação face às instituições expressa pelos indivíduos¹⁴⁶ poderão ser tomados como sugestivos de ser esta outra dimensão de provável “desempoderamento” actual das pessoas idosas em Portugal.

Quanto à participação (social, cívica, política) e à consciência crítica, outros outcomes de *empowerment* destacados nomeadamente no relatório HEN (Wallerstein, 2006), remete-se para a discussão aprofundada de que são objecto no âmbito do estudo qualitativo (Cap. 3), salientando-se aqui somente o défice de

¹⁴⁵ Ibrahim e Alkire (2007), por exemplo, incluem na sua proposta de indicadores de *empowerment* um de “Controle sobre Decisões Pessoais” (correspondendo, no seu referencial conceptual, ao elemento “*Power Over/Control*”) que de alguma forma se aproxima do item do ESS3 aqui contemplado.

¹⁴⁶ Remete-se aqui para os resultados, já analisados, nos índices de confiança institucional e de satisfação societal: respectivamente 3,5 e 3,8 numa escala de 0 a 10 (em que 10 é a apreciação mais positiva e 0 a mais desfavorável).

participação cívica (mas não na forma mais tradicional de participação política - o voto), e, sobretudo, os baixos níveis de pertença associativa observados (gráficos e tabela 63, 64-V-A8).

Outro tipo de dados, serão também relevantes para a questão do *empowerment*, na medida em que traduzem condições básicas ou pré-requisitos para o desenvolvimento de graus crescentes de efectivo *empowerment*. Aslop e Heinsohn (2005) oferecem um referencial útil para estruturar a medição destes aspectos, nomeadamente no que concerne aos “recursos/assets” que apontam como indicadores intermédios de *empowerment*, associados à componente de agência pessoal¹⁴⁷. Alguns dos indicadores que as autoras sugerem – organizados em torno de 5 categorias de recursos: psicológicos, informacionais, organizacionais, materiais, financeiros e humanos – estão disponíveis para a população idosa portuguesa, tendo na sua maioria sido já analisados no âmbito de outras rubricas do presente trabalho¹⁴⁸.

● **Recursos informacionais** (dados do ESS3-2006, tabela e gráfico 65-V-A8): O facto da quase totalidade da população idosa portuguesa (98%) ver televisão quotidianamente, assegura um acesso universal básico a meios de informação. No entanto, o recurso a outros meios de comunicação social, que permitiriam maior diversidade na informação acedida é já francamente mais reduzido, quer em termos absolutos, quer por comparação com a mesma faixa etária noutros países europeus. Destaque-se em particular que quase 2/3 não lê jornais num “dia de semana normal” (63%, contra 26% entre os 65+ na UE), sendo menos de metade (45%) os que ouvem regularmente rádio – e residual a percentagem dos que têm acesso/usam a Internet (97% nunca o fazem, proporção que é de 84% entre os congéneres europeus). Note-se que a população portuguesa em geral apresenta também valores mais baixos que os dos outros países analisados nestes mesmos indicadores – embora não com um diferencial tão acentuado como o encontrado para os mais velhos.

Uma análise do aspecto mais específico do consumo quotidiano de notícias e/ou programas de actualidades¹⁴⁹ indicia igualmente um acesso generalizado básico a par de possível défice qualitativo em termos de informação acedida, já que a quase totalidade dos portugueses mais velhos (93%) afirma ter hábito de aceder a programas deste tipo na televisão mas só cerca de 1/3 dedica algum tempo diário a notícias na rádio (36%) ou jornais (32%) – valores que são cerca de metade dos observados entre idosos de outros países (rádio: 61%, jornais: 65%).

Neste menor acesso à diversidade de informação – que mais facilmente poderia alimentar a “consciência crítica da sociedade”, um dos outcomes de *empowerment* destacados por Wallerstein (2006) – está provavelmente implicado um dos grandes *handicaps* já identificados na população idosa portuguesa: os muito baixos níveis educativos desta geração (54% sem qualificações académicas e só menos de 15% com escolaridade igual ou superior ao 6º ano/2ºCiclo, segundo os Censos de 2001 – Fig. 06-V-A8).

Uma nota ainda para assinalar que 1/4 dos idosos portugueses não tem telefone em casa; estes valores são ainda mais altos (37%) na população em geral – mas possivelmente em parte compensados, noutras faixas etárias, pelo acesso a telemóvel, o qual alcança quase 80% dos portugueses em geral mas só 43% dos com mais de 65anos (ESS3, 2006, Fig. 65-V-A8).

● **Recursos Organizacionais**: Relativamente aos indicadores propostos para este domínio por Aslop e Heinsohn (2005), dispõe-se de alguns dados referentes à pertença a organizações (ver discussão mais detalhada relativa à Participação cívica, política e comunitária, quer neste Perfil - B.3.3.3, quer no estudo qualitativo/Cap. 3-C3). Genericamente estes traçam também um quadro de desfavorecimento das pessoas de 65+ anos em Portugal, quer em relação ao conjunto da população nacional, quer, sobretudo, face aos seus congéneres noutros países europeus. Para além da normativa redução de pertença organizacional associada à reforma/afastamento do meio laboral, assinalaram-se já as baixas taxas de pertença a

¹⁴⁷ As outras componentes desta proposta sobre a mediação do *empowerment*, publicada pelo Banco Mundial, são indicadores intermédios relativos à “estrutura de oportunidades” (versando sobre existência e funcionamento de instituições formais e informais a nível do Estado, Mercado e Sociedade) e, finalmente, o que consideram indicadores directos de graus de empowerment (respectivamente pensados como existência de escolhas, uso das escolhas e eficácia/ sucesso das escolhas) (Aslop, Heinsohn, 2005).

¹⁴⁸ Só para a categoria recursos psicológicos não se dispõe de nenhum indicador com correspondência próxima com os avançados pelas autoras - “*Self-perceived exclusion from community activities; Level of interaction/sociability with people from different social groups; Capacity to envisage change, to aspire*” (ob. cit.).

¹⁴⁹ Ver dados adicionais sobre este tema no âmbito da discussão sobre literacia crítica em saúde enquadrado no Cap. 3.

organizações políticas (3%) e sindicais/profissionais (13%) (ESS-3, 2006 – gráfico 63-V-A8). Por outro lado, embora vários estudos documentem os défices de participação associativa da população portuguesa em geral e da idosa em particular (ver Cap. 3 e tabela e gráfico 64-V-A8), é de salientar que os dados do ISSP-2004, indicam uma pertença a organizações ligadas à igreja/ religiosas, e (no caso dos homens) a associações culturais, desportivas e recreativas, com algum significado - sendo porém de sublinhar que esta última se reduz a metade nesta fase da vida, face a níveis de participação anterior.

• **Recursos Materiais e Financeiros:** Diversos indicadores - relativos nomeadamente às condições de habitação, rendimento, despesas familiares, bens, etc. extensamente analisados nas respectivas secções do Perfil – sublinham que esta será uma importante área de fragilidade no que concerne às condições de *empowerment* da população idosa portuguesa. De facto, este grupo tende globalmente a estar em situação desfavorecida face à restante população nacional e uma significativa proporção experimenta carências de recursos materiais e financeiros – encontrando-se inclusive cerca de 1/4 abaixo do limiar de pobreza.

• **Recursos Humanos:** Aslop e Heinsohn (*ob. cit.*) incluem aqui indicadores de estado saúde, que são inevitavelmente desfavoráveis aos indivíduos de idades mais avançadas e, como se viu, nomeadamente no que concerne "saúde subjectiva", particularmente negativos entre os portugueses mais velhos. Outro tipo de indicadores referidos pelas autoras neste domínio referem-se à literacia e numeracia. Não existindo dados específicos¹⁵⁰ para os idosos nacionais, os elementos disponíveis, como se discutiu em B.1.3, permitem supor que também, nesse aspecto, serão deficitários os recursos de *empowerment* deste grupo populacional.

Em **síntese**, os diferentes tipos de dados quantitativos coligidos, relevantes para uma caracterização (parcial) do nível de *empowerment* dos portugueses mais velhos, bem como dos pré-requisitos/assets disponíveis no plano individual, são sugestivos de que, apesar de em termos subjectivos a maioria deste grupo se perceber com controle/poder de decisão sobre a esfera pessoal da sua vida, coexistirão múltiplas fragilidades que põem em risco um efectivo *empowerment* na sua aceção mais ampla – para as quais contribuirão de forma significativa as desvantagens socioeconómicas que atingem boa parte desta população.

B.3.6. (Uma nota sobre as) Desigualdades sociais em saúde

As desigualdades sociais em saúde – questão central e transversal em PromS – foram objecto de análise aprofundada no Cap. 4, focada nos resultados de saúde/bem-estar disponíveis no ESS3-2006. No presente capítulo a análise estendeu-se a outros indicadores desse inquérito, tomados como potenciais determinantes da saúde (Quadro 01-V-A9), bem como às demais variáveis que compõe o Perfil de saúde dos idosos portugueses, quando as respectivas fontes de dados o permitiram. A discussão desses elementos, foi feita a par e passo para cada uma das variáveis consideradas, já que tal informação se torna particularmente relevante para explorar padrões de distribuição e possíveis mecanismos a elas especificamente subjacentes. Uma síntese global sobre o tema é remetida para o Cap. 6, cabendo aqui tão somente a observação de que a importância do problema, constatada no Cap. 4, se confirma no Perfil agora traçado, expressando-se de forma consistente não só noutras dimensões da saúde, como também em muitos dos determinantes que foi possível submeter a este ângulo de análise – fossem eles do âmbito individual ou ambiental¹⁵¹ - em sintonia pois com as conclusões genéricas da investigação internacional (cf. Cap. 2-B1.2 e B2.3.1). Tal torna mais premente ainda a resolução das profundas falhas de informação constatadas - sendo poucos os dados de saúde que reportam a desagregação por ESE que é condição mínima para a monitorização da equidade.

¹⁵⁰ Referimo-nos a dados sobre literacia geral em Portugal; para uma discussão de literacia crítica em saúde ver estudo qualitativo - Cap. 3-C3.

¹⁵¹ Sendo que os indicadores do ESS3 – aqueles para os quais foi possível uma análise mais sistemática – respeitam sobretudo ao foro psicológico e social.

PARTE III - PARA UMA POLÍTICA PROMS65+ EM PORTUGAL

Cap. 6

Síntese: Linhas gerais para um Diagnóstico

6.1. Centralidade da temática do envelhecimento	350
6.2. Estado de saúde	352
6.2.1. Saúde Global	352
6.2.2. Funcionalidade/Incapacidade	353
6.2.3. Doenças e Problemáticas específicas	353
6.3. Bem-estar e Qualidade de Vida	356
6.4. Diferenças - e Iniquidade	357
6.4.1. Idade	358
6.4.2. Género	358
6.4.3. Posição socioeconómica	358
6.4.4. Critérios geográficos	362
6.5. Multideterminação	363
6.5.1. Rendimento e Educação	364
6.5.2. Habitação e Zona de Residência	365
6.5.3. Redes, Suporte, Coesão e Participação Social	369
6.5.4. Factores psicológicos	373
6.5.5. Comportamentos/práticas de saúde	375
6.5.6. Actividade/Participação	377
6.6. Empowerment e Literacia de Saúde	380

Os três capítulos da II Parte deste trabalho analisam elementos empíricos, quantitativos e qualitativos, relativos à situação de saúde da população portuguesa de 65 e mais anos, como contributo para um diagnóstico de apoio a uma intervenção PromS65+ – a designação que se atribuiu à abordagem de promoção da saúde, aplicada à população idosa, delineada na I parte (Cap. 1 e 2).

- *Qual o actual estado de saúde das pessoas de 65+ anos em Portugal?* É esta uma das questões de fundo do Capítulo 5, que analisou em detalhe dados quantitativos, nacionais, sobre dimensões de mortalidade, morbilidade, funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida deste grupo, cuja melhoria constitui objectivo de fundo da PromS65+.

- *E qual a actual situação dessa mesma população em domínios determinantes dessa saúde/bem-estar?*

A segunda parte do Capítulo 5 explorou, também numa perspectiva extensiva e apoiando-se em informação existente (inquéritos nacionais e internacionais), alguns dos factores, individuais e ambientais, que podem ter influência, positiva e negativa, no estado de saúde/bem-estar dos idosos em Portugal e constituem, portanto, potenciais alvos a modificar por uma intervenção PromS65+.

- *Em que medida ocorrem desigualdades sociais significativas na saúde e bem-estar dos portugueses mais velhos?* Mais detalhadamente no Capítulo 4 e transversalmente ao longo do Capítulo 5, avaliaram-se diferenças nos resultados, oportunidades e riscos de saúde/bem-estar entre diferentes grupos sociais de idosos, de acordo com a óptica de equidade que é princípio estruturante da PromS.

- *Como é que as próprias pessoas idosas em Portugal entendem a sua saúde e bem-estar, e que percepção têm sobre factores e modos de a influenciar?* O Capítulo 3 “dá voz” a um pequeno grupo de entrevistados, já que, de acordo com o princípio de empowerment, central em PromS, há que atender às perspectivas e valores dos principais interessados na definição do que são domínios e objectivos de intervenção relevantes. Tais “concepções leigas” proporcionam, por outro lado, indicações quanto à “literacia de saúde” dos indivíduos, um dos pré-requisitos para o exercício de maior controle sobre a saúde

e seus determinantes (ou seja, de *empowerment*). O estudo qualitativo efectuado, pretende então, ainda que a título somente exploratório, dar um contributo para estas duas vertentes, complementando, com ilustrações ricas de significado, a informação quantitativa e extensiva trabalhada nos demais capítulos.

Em jeito de síntese dessa Parte II, da conjugação desses vários elementos empíricos extraem-se agora algumas linhas de fundo de diagnóstico quanto ao perfil de saúde, *empowerment* e equidade que - não substituindo a análise mais aprofundada dos capítulos precedentes -, abrem caminho para pistas de actuação valorizadas no capítulo final. Nesse sentido, confrontam-se ainda aqui alguns desses aspectos de caracterização da situação actual das pessoas idosas em Portugal com breves referências a conteúdos relevantes do *quadro de políticas nacionais*¹ – fundamentalmente do Plano Nacional de Saúde/PNS e, em particular, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas/PNSPI, embora pontualmente se incluam menções a outros programas, medidas e políticas.

6.1. Centralidade da temática do envelhecimento

São cada vez mais os portugueses que vivem até aos 65 anos e, para os que aí chegam, a esperança de vida tem vindo a ser cada vez mais longa – excedendo já os 20 anos, por exemplo, para as mulheres que atingiram esse limiar em 2006. Com uma redução simultânea do número de habitantes mais jovens, tal implica que em Portugal, como noutros países da Europa e do mundo, o número e importância relativa das pessoas mais velhas – com destaque especial para os “muito idosos” - tem vindo a crescer e deverá continuar a aumentar nas próximas décadas. Em menos de duas décadas o número de portugueses de 65+ anos aumentará mais de meio milhão (ultrapassando em 2025 os 2,3 milhões de pessoas, das quais mais de 600 mil com 80 e mais anos), passando este grupo a constituir mais de 1/5 da população nacional (EUROPOP2004 – Eurostat, 2005)².

Mesmo sem ser possível antecipar claramente os contornos desta evolução e suas consequências e interações com outras transformações sociais em curso, o **aumento em termos absolutos e proporcionais deste grupo etário** e as alterações associadas à **maior longevidade** e **mudanças na estrutura populacional** tornam *imperativa uma atenção acrescida e (re)formulação de estratégias face às questões das pessoas idosas e do envelhecimento* (quer do ponto de vista colectivo, quer individual). Estratégias que deverão naturalmente atender às características específicas destas gerações de portugueses de 65+ anos, suas condições de vida e contexto nacional mais amplo.

Na política nacional de saúde, o reconhecimento da importância do fenómeno de envelhecimento e, em particular, a necessidade de atentar à especificidade desta etapa da existência vem ganhando lugar, o mesmo sucedendo também nalgumas outras políticas sectoriais. Não se encontram contudo para já sinais de uma abordagem sistemática e, menos ainda, de uma política integrada neste domínio – apesar do enquadramento a tal favorável (Caixa 1).

Caixa 1

Na **Constituição da República Portuguesa** (LC n.º 1/2005) a atenção dada à problemática específica das pessoas idosas/envelhecimento, exprime-se em 4 artigos (Capítulo II – Direitos e deveres sociais). Um deles (*artigo 72º - Terceira Idade*) é expressa e exclusivamente ligado a esta questão, referindo uma “política de 3ª idade” (n.º 2) que se apresenta como sendo de cariz multisectorial (plano “económico, social e cultural” – mas não de saúde...); e remete para finalidades positivas (de autonomia e realização pessoal, através da participação), a par da atenção a problemas potenciais (de isolamento e marginalização). Os aspectos da segurança económica, habitação e “convívio familiar e comunitário” são explicitados como direitos, no sentido de evitar/superar os problemas mencionados (n.º 1). Esta mesma “política de 3ª idade” é também citada no artigo sobre Família (*alínea b do n.º 2 do art.º 67º*).

¹ Sublinhe-se que tais referências assentam somente na análise dos documentos oficiais de apresentação das referidas políticas, sem se contemplar qualquer informação referente à sua efectiva implementação.

² Todos os dados incluídos no texto ou caixas deste capítulo – com excepção dos referentes a programas, medidas e políticas – são retirados dos capítulos 3, 4 e 5, onde as suas fontes se encontram mais detalhadamente identificadas.

Há, por outro lado, uma menção específica à “protecção da velhice” no âmbito da Saúde (art.º 64º) e a propósito do sistema de Segurança Social (n.º 3 do art.º 63º - *segurança social e solidariedade*). O texto da constituição favorece assim, em linhas gerais, a existência de uma política integrada e multi-sectorial focalizada na população idosa - e compatível com uma perspectiva de promoção da saúde.

Na **Lei de Bases da Saúde** a única referência específica à população idosa estipula, como directriz da Política da Saúde (Base II), serem “tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como [...] os idosos” (Lei n.º 48/90).

No **Plano Nacional de Saúde 2004-2010/PNS** (M. Saúde, 2004) – que “representa, no seu conjunto, o pacote mínimo que as instituições do Ministério da Saúde e de outros actores no sector da saúde devem assegurar, no contexto de uma agenda para ganhos em saúde, de 2004 a 2010” (vol. 1) – as questões do envelhecimento e das pessoas idosas merecem atenção específica, no quadro de uma estratégia “centrada na família e no ciclo de vida”. Tal abordagem visa “permitir uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida”. O Plano contém assim uma caracterização da Situação actual e indicação das Orientações estratégicas e intervenções necessárias para atingir as Metas prioritárias para “Envelhecer activamente - 65 anos ou mais”.

Existem naturalmente outras vertentes do PNS significativas para esta população – nomeadamente, ao nível dos cuidados, a Rede de Cuidados Continuados e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, bem como outros programas, centrados em doenças ou em determinantes da saúde relevantes. Porém a criação do **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas/PNSPI** (DGS, 2006) é a que mais directamente potencia uma abordagem global e específica da saúde deste grupo etário – embora, como se verá, fique aquém dessa expectativa (cf. *Caixas* relativas ao âmbito do programa, determinantes da saúde e estratégias que contempla, etc.) ...

Ao nível das políticas de saúde, a atenção preferencial dada a esta área viria ainda a ser confirmada pela sua inclusão, ainda que só na fase inicial de implementação do PNS, entre os (quatro) “programas considerados prioritários”, traduzindo-se na nomeação de uma Coordenação/**Coordenadora Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência** (Desp. n.º 23035/2005).

Na área da **Solidariedade e Segurança Social**, a velhice e as pessoas idosas são enfoque tradicional de várias medidas, nomeadamente enquanto “grupo mais vulnerável”: e.g., equipamentos/ serviços sociais para pessoas idosas e/ou dependentes, prestações/pensões de velhice no sistema previdencial ou subsistema de solidariedade, para além de prestações, programas e projectos mais isolados. Não existe contudo em Portugal uma política social global para esta problemática/grupo - ou sequer órgão representativo. Apesar de em 1997 ter sido criado o Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade/ CNAPTI, dando sequência a Comissão de designação semelhante - face ao reconhecimento de que “o envelhecimento é um fenómeno multifactorial e multidimensional (...) e determina uma abordagem integrada e articulada ao nível de uma política global” (DL n.º 248/97) -, viria a ser extinto anos mais tarde.

No plano internacional poder-se-á mencionar a “**Saúde 21**”, enquadrando a política de saúde da **OMS Europa**, que entre os seus 21 objectivos inclui um específico para o envelhecimento:

“Target 5. Healthy aging. Health policies should prepare people for healthy aging by means of systematically planned promotion and protection of their health throughout life. Social, educational and occupational opportunities, along with physical activities, increase older people’s health, self-esteem and independence, and their active contribution to society. Innovative programmes to maintain physical strength and to correct sight, hearing and mobility impairments before they lead to an older person’s dependence are particularly important. Health and social services at community level should provide outreach services to support older people in their everyday lives. Their needs and wishes in relation to housing, income and other factors that enhance their autonomy and social productivity should be increasingly taken into account.” (WHO, 1998b, p. 16)

Orientações de fundo centrais sobre esta temática, são o **Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento**, adoptado na II Assembleia Mundial de Envelhecimento (UN, 2002) e o documento “**Active Ageing**”, contributo da OMS para esse evento (WHO, 2002a).

6.2. Estado de saúde

“Em tendo saúde...”

A saúde ocupa lugar fulcral no âmbito das questões ligadas ao envelhecimento. Sobretudo, numa perspectiva societal, atendendo aos custos directos e indirectos decorrentes das doenças e perdas funcionais que se tendem a associar à idade. Mas também como componente da qualidade de vida que pode assumir, para os próprios indivíduos, visibilidade acrescida nesta etapa da existência – valorização subjectiva da saúde que o estudo qualitativo efectuado confirmou junto do pequeno grupo de idosos portugueses entrevistados³. No entanto, e tal como sucede na investigação internacional, a importância e significado da saúde revelou-se aí bastante variável, consoante os indivíduos e as circunstâncias, contextualizada que é pelas pessoas no quadro mais amplo da sua vida e, geralmente, valorizada como uma entre várias áreas relevantes, pela positiva e negativa, para o bem-estar de cada um. Outro aspecto corroborado pelo referido estudo é que, se os sintomas e doenças (e cuidados que exigem) são frequentemente centrais na ideia que as pessoas têm de saúde, esta engloba também outras vertentes. Com ênfase para as suas consequências “visíveis” e pragmáticas, funcionais (o que permite fazer...) mas incluindo também aspectos mais abstractos, remetendo para uma noção mais ampla de bem-estar – e para prováveis repercussões essenciais em termos afectivos e identitários.

6.2.1. Saúde Global

Ora, de acordo com o indicador de auto-avaliação de saúde - que tem o mérito de captar a multidimensionalidade do conceito e a valorização diferencial que a própria pessoa fará das várias dimensões implicadas⁴, sendo também um comprovado preditor de indicadores objectivos de saúde dos mais velhos - a situação de saúde dos portugueses com 65+ anos é francamente desfavorável⁵.

Só uma pequena minoria (14 a 16%) de pessoas considera a sua saúde “boa/muito boa” e a prevalência de saúde “má/muito má”, afectando talvez mais de um terço da população idosa (32% a 42%), é quase o dobro da média em países da Europa dos Quinze (18%).

É possível que os resultados neste indicador sejam influenciados por factores culturais e linguísticos, que poderão explicar uma parte das diferenças face a outros grupos/

países. Porém, dados objectivos, como *as mais elevadas taxas de mortalidade total dos idosos nacionais e a sua mais curta esperança de vida face à média europeia*, bem como outros, sugestivos de *uma maior prevalência de doenças crónicas e de valores de esperança de saúde que estão entre os mais baixos da EU15*, convergem para delinear um quadro de real desvantagem de saúde dos idosos em Portugal face aos seus congéneres na Europa – que simultaneamente aponta para a existência de uma significativa margem para ganhos globais de saúde neste grupo. Assim, por exemplo, os portugueses de 65 anos teriam a ganhar mais 2,4 anos de vida (mulheres) e 1,6 anos (homens) se atingissem os valores de esperança de vida os europeus de maior longevidade, os franceses, (uma melhoria de, respectivamente, 12% e 10% na sua EV em 2006). Mas, talvez ainda de maior importância (“quando (a morte) quiser vir que venha! Eu preocupo-me só a vida, mais nada”⁶), poderiam viver mais dos seus últimos anos com melhor saúde. Igualar em esperança de vida saudável (HALEs) os europeus melhor posicionados significaria para as portuguesas de 60 anos 2,7 anos adicionais de saúde plena e para os homens mais 2,2 anos - em ambos os casos um ganho de cerca de 15% face aos HALEs nacionais nesse ano de 2002.

³ O “balão” incluído junto ao título desta secção – como outros que, com formato idêntico, se incluirão, ao longo do capítulo - contém um excerto de entrevista realizada no âmbito do referido estudo qualitativo (Cap. 3).

⁴ A literatura e o próprio estudo qualitativo indiciam porém também algumas limitações esta medida. Algumas são inerentes à sua subjectividade - incluindo a susceptibilidade, quer a expectativas e normas culturais (e.g., o que é normal “para a idade”), quer a entendimentos idiossincráticos (e.g., o que são “doenças graves”), quer ainda a processos adaptativos de (re)construção de identidade pessoal e social e salvaguarda de bem-estar subjectivo que subjazem a apreciações desta natureza (e.g. ser ainda “uma pessoa saudável” vs. “eu já não posso!”/ “não presto para nada”). Outras remetem para a sua generalidade, não facilitando a identificação dos aspectos específicos que mais condicionam a saúde positiva ou negativa e, porventura, dificultando, como parecia suceder entre a generalidade dos entrevistados, a síntese dos complexos juízos envolvidos num simples “grau” de saúde.

⁵ Os valores apresentados na Caixa são do ESS3-2006 e 4º INS-2005/06; dados do SILC de 2006 são, como se viu no Cap. 5, ainda mais negativos.

⁶ Excerto de entrevista realizada no âmbito do estudo qualitativo (Cap. 3) – como outros que, com formato idêntico e não identificados, se incluirão, ao longo do capítulo.

6.2.2. Funcionalidade/Incapacidade

Os elementos convergem para considerar esta uma vertente particularmente pertinente na avaliação do estado de saúde dos mais velhos, com múltiplas implicações, a nível pessoal, familiar e societal, e destacada valorização pelas próprias pessoas idosas. Nas palavras de alguns entrevistados, a saúde (também) é “*uma pessoa se poder mexer à vontade*”, “*fazer as suas coisas*”, “*dar resposta ao seu dia a dia*” – surgindo como especial receio o “*cair numa cama*” ou deixar de “*ser capaz de se orientar na vida*”. E embora essas situações mais extremas sejam minoritárias nos idosos portugueses (por exemplo, eram menos de 2% os acamados de modo permanente, de acordo com o INS 1998/99), é muito frequente a ocorrência de pelo menos algum tipo de limitação crónica de actividade nesta fase da vida. Diferenças nos indicadores que operacionalizam estes aspectos e, logo, nos resultados obtidos em diferentes inquéritos, dificultam uma avaliação absoluta da prevalência da limitação de actividades em Portugal, variando os valores entre os 41% encontrados no ESS3-2006 e os 76% obtidos no EB 58.2-2002, com os do SILC-2006 numa posição intermédia. Estes dois últimos inquéritos são sugestivos, porém, de que também nesta vertente os resultados de saúde dos portugueses mais velhos poderão ser piores do que os de outros países europeus. Falta informação mais discriminada sobre o âmbito concreto (e nível) de limitações observados, assim como descritores específicos dos tipos de perdas de capacidade funcional subjacentes. Neste último plano porém, a informação disponível é sugestiva de que serão as incapacidades motoras que de sobremodo penalizam os idosos em Portugal, ao passo que a frequência de problemas sensoriais, embora não negligenciável, pode até nalguns aspectos (cf. visão) ser favorável no plano internacional (EB.58.2-2002). Por outro lado, a formulação dos mais habituais indicadores genéricos de (in)capacidade não abarcará dimensões de actividade/participação que não façam parte das (expectativas de) “actividades diárias” das pessoas mais velhas - mas que podem, no entanto, ser pertinentes para a sua plena integração e cidadania. E é a valorização dessa visão mais abrangente que estará implicada na meta de “*continuing participation in social, economic, cultural, spiritual and civic affairs*” subjacente à proposta de envelhecimento activo da OMS (WHO, 2002a, p. 13), bem como na mais recente classificação internacional de funcionalidade e saúde/CIF (OMS, 2004). Ora também em muitas dessas vertentes de actividade/participação – da aprendizagem às actividades produtivas, da participação política e cívica à participação social, recreação e lazer – ampla parece ser a margem de intervenção no que toca aos idosos portugueses, quer pelas dificuldades detectadas, quer também nalguns casos (e.g., relacionamentos interpessoais) por se observarem situações favoráveis que importa estimular e manter⁷.

6.2.3. Doenças e Problemáticas específicas

Mesmo quando, como é o caso na abordagem PromS adoptada, se entende a saúde como mais do que a mera referência a doenças e se centra a intervenção nos determinantes/ causas e não nos problemas/ patologias, estas constituem ainda assim indicador conveniente para um acompanhamento mais imediato dos resultados de saúde. Dão também pistas quanto a factores subjacentes relevantes – para além de poderem ser tomadas em si mesmas como elementos numa cadeia causal mais ampla de desenvolvimento de incapacidade e de perda de qualidade de vida. Doenças e sintomas são, além disso, aspectos de inegável pregnância no entendimento leigo de saúde, como o estudo qualitativo efectuado e outras investigações indicam – i.e., as pessoas dão, e esperam, uma atenção directa aos problemas que mais as afligem (apesar da sua visão sobre serem ou não saudáveis não se esgotar, em geral, aí). E, no caso dos idosos portugueses, o seu nível de morbilidade crónica aparenta ser, como se viu, superior ao de outros países da EU15. Assinale-se, por outro lado, que embora o PNS dê ênfase a uma “abordagem à gestão integrada da doença”, esta nem sempre dará a melhor atenção às problemáticas relevantes entre os mais velhos (Caixa 2).

⁷ A discussão de vários dos domínios que na CIF (OMS, 2004) são englobados na funcionalidade, na componente de actividade/participação, é feita em diversos pontos deste trabalho, em reconhecimento do seu importante papel como determinantes da saúde e bem-estar (ver adiante: 6.5) – o que não deve, porém, fazer esquecer o facto de serem em si mesmo válidos objectivos finais de PromS65+.

“Há certas doenças que são piores do que outras”

Algumas das que se destacam no Perfil de saúde dos idosos portugueses são as doenças cardiovasculares – principal causa de morte – mas em particular as cerebrovasculares/DVC, cuja taxa de mortalidade neste grupo etário no nosso país, embora com uma redução acentuada nas últimas décadas, é ainda quase o dobro da da EU15 (HFA-MDB-2004), representando, além disso, um risco importante (ainda que não mensurado) de incapacidade, tanto física como mental. A hipertensão, com provável implicação de peso neste problema, parece ser em Portugal mais frequente do que no resto da EU15 (EB. 58.2-2002), afectando mais de metade das pessoas entre os 65 e 84 anos (4ºINS-2005/06) e com significativo agravamento desde 1999. Entre os vários tipos de cancro – que no seu conjunto constituem a 2ª causa de morte dos mais velhos em Portugal – alguns poderão merecer especial atenção por estarem a aumentar (e.g., cólon) e/ou serem mais frequentes no nosso país (e.g., estômago) e/ou ainda pelo número total de mortes que causam (e.g., pulmão, próstata) (HFA-MDB-2004).

“Eu felizmente!, doenças graves nunca tive – tenho problemas de...”

A diabetes, com múltiplas repercussões em termos de morbilidade e incapacidade, apresenta também para os idosos portugueses quase o dobro de taxa de mortalidade de outros países europeus, contando-se entre os problemas crónicos mais habituais neste grupo (18% até aos 84 anos - 4ºINS-2005/06) e com possível tendência a aumentar. Mais frequentes ainda são as doenças reumáticas (aumentando com a idade e chegando a atingir 54% das mulheres de mais de 84 anos - 4ºINS-2005/06) – de que os portugueses parecem sofrer muito mais do que o resto dos europeus (EB. 58.2-2002) -, e que, tal como a osteoporose (auto-reportada por mais de um quarto das idosas - 4ºINS-2005/06), representam um importante risco de perda de mobilidade/incapacidade. De assinalar ainda a dor crónica, um problema sério para a qualidade de vida, que tende a aumentar com a idade e afectará pelo menos um terço dos idosos nacionais (alguns estudos chegam a apontar valores superiores a 60% nalguns subgrupos). Igualmente penalizador do bem-estar de muitos idosos (e.g., talvez mais de um quarto das mulheres até aos 80 anos), e a requerer melhor caracterização, será o problema da incontinência urinária. A obesidade, com possível tendência para agravamento, atinge já cerca de um quinto dos idosos nacionais. Para além das doenças crónicas, outras situações requerem igualmente consideração. Por exemplo, as taxas de mortalidade por pneumonia e tuberculose, comparativamente elevadas no quadro europeu, tal como o excesso de mortalidade no Inverno, problema grave a nível nacional mas pouco estudado, desconhecendo-se informação para idosos. Ou as mortes por causas externas, proeminentes sobretudo entre os homens mais velhos e, genericamente, os acidentes rodoviários ou domésticos, podendo-se destacar as quedas (47.000, só em casa, entre idosos portugueses, em 2005 - IDB), uma situação com potenciais consequências graves a nível de funcionalidade.

“(Ter saúde) era não ter os trabalhos que tenho na minha cabecinha”

Desconhecem-se dados nacionais sobre a saúde cognitiva dos idosos, ou, sequer, sobre a prevalência de deficiência cognitiva – um dos maiores factores de risco para a perda de funcionalidade –, excepto no que toca à demência, que atingia mais de 114 mil portugueses de 65+ anos em 2005 (Alzheimer Europe, 2006). Outro problema que a literatura internacional sublinha como fortemente incapacitante é a depressão, cuja prevalência entre os idosos nacionais não foi possível, porém, avaliar com precisão. Mas, mais genericamente, e ainda que na ausência de uma avaliação global da saúde mental (numa definição mais abrangente que a de ocorrência de perturbações psiquiátricas), alguns indicadores destacam-na como área de importante fragilidade neste grupo: não só por ser grande a proporção de idosos afectados, como porque esta parece também injustificadamente maior do que a encontrada noutros países e entre os demais portugueses. Há indicações, aliás, de que Portugal sobressai, no quadro europeu, pelo risco acrescido que acarreta ser idoso (OR 2,45) - e/ou ser mulher e/ou ter baixo ESE - em termos de sofrimento psicológico (EB. 58.2-2002; 4º INS-2005/06), ou noutros indicadores, como “energia/vitalidade” (EB. 58.2-2002) e índices de afectos negativos e positivos. Ou ainda em vertentes de bem-estar psicológico/funcionamento positivo (ESS3-2006), em que se observam padrões de desvantagem globalmente idênticos e acentuados (Caixa 3).

No que toca à caracterização da ocorrência de condições específicas de saúde entre os idosos este é, aliás, um aspecto a salientar: a consistência com que, para grande parte delas, se tendem a encontrar

internacionalmente desigualdades importantes entre grupos sociais (e.g., AVC, diabetes, dor, depressão) e a escassez de dados sistemáticos a esse nível nos sistemas de informação nacional.

Caixa 2

Na política nacional de saúde as doenças cardiovasculares são “encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante”, reconhecendo-se “o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde”, com tradução na existência de um **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDCV)** (CN-DGS nº 3, 2006). Este, no entanto, estabelece objectivos finais que de modo explícito se centram nas situações “particularmente abaixo dos 65 anos”. Situação paralela se observa no que toca ao **Programa de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas** e às metas estabelecidas neste âmbito no PNS, com indicadores que só acompanham taxas de mortalidade até aos 65 anos – embora neste caso algumas recomendações de rastreio se estendam até aos 69 anos (cancro da mama) ou 74 anos (cancro colo-rectal) (M. Saúde, 2007). **Doenças Reumáticas** e **Diabetes** não estão, como acontece com as duas anteriores, entre as principais prioridades do PNS, mas têm também **Programas Nacionais** – que, neste caso, não excluem de modo explícito os mais velhos. O PN Contra as Doenças Reumáticas (CN-DGS nº 12, 2004), destaca inclusive este como um dos grupos de risco acrescido, incluindo estratégias de intervenção que lhes são particularmente dirigidas (orientações técnicas sobre prevenção de quedas e para a suplementação dietética com vitamina D e cálcio). Também o **Programa Nacional de Controlo da Dor** (CN-DGS nº 11, 2008) prevê a “criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor na pessoa idosa”. O **Programa Nacional para a Saúde da Visão** (CN-DGS nº 2, 2005) inclui, por sua vez, atenção específica a vários problemas reconhecidamente associados com a idade, contemplando nos seus objectivos gerais “reduzir a proporção de problemas de saúde da visão determinantes de perda de funcionalidade e independência nas pessoas com 55 e mais anos”, bem como referência à necessidade de articulação com o PNSPI.

Exemplos de outros Programas Nacionais verticais centrados em problemáticas de potencial relevância para as pessoas mais velhas são os relativos à Depressão, Prevenção Acidentes, Tuberculose, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas (alguns deles ainda em fase de elaboração à presente data/ 2009).

Por sua vez o **PNSPI**, em termos de estratégias face a condições de saúde particulares, refere a orientação técnica a prestadores e cuidados sobre a “abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala” e a informação às pessoas idosas relativa a problemáticas como a dependência e défices subjacentes, a incontinência, a demência e “a prevenção da depressão e do luto patológico”.

“O pensamento também dá muito cabo da saúde da gente”

Caixa 3

Os baixos níveis de **saúde mental** dos portugueses mais velhos devem merecer especial atenção - não só pelo que implicam de perda de bem-estar /qualidade de vida, mas também pelas possíveis repercussões na saúde e funcionalidade em geral. Os dados do ESS3 corroboram aliás esta ideia,

revelando associações particularmente fortes dos indicadores de afectos negativos e positivos (e de outros que poderão ser relevantes para uma avaliação de funcionamento psicológico positivo) com os resultados de saúde, limitação de actividade e bem-estar global. Uma vez que são muitos os idosos afectados, tenderia também a ser importante o impacte teórico da melhoria da saúde mental nesses resultados (e.g., uma generalização de afectos positivos elevados corresponderia a um aumento hipotético de mais de 90% de “saúde boa” na população). Naturalmente, como a literatura sugere, é de supor contudo aqui uma influência bidireccional, em que não só a vivência emocional penaliza a saúde global, como o mau estado de saúde, experimentado por uma grande parte dos idosos portugueses, afectará também o seu bem-estar subjectivo.

A implicação de outros factores explicativos da fragilidade da situação de saúde mental dos idosos nacionais é provável, porém, com destaque para as (precárias) condições objectivas de vida dos indivíduos

e os recursos (internos e externos) a que têm acesso para lidar com obstáculos e perdas crescentes, bem como factores do contexto mais vasto associados ao nível global de desenvolvimento do país⁸.

"Tenho para mim que o stress mata – com o tempo"

As entrevistas realizadas ilustram parcialmente a expressão desta situação no quotidiano das pessoas, nomeadamente através das inúmeras referências aos "nervos", "pensamentos maus" e "preocupações" – bem

como aos esforços para os combater! – e às suas ligações com a saúde e bem-estar. Nas palavras dos entrevistados transparecem algumas das circunstâncias e acontecimentos que mais **sofrimento emocional** lhes causam, sugestivas de factores que a literatura corrobora poderem estar implicados:

- "Com a doença da minha mulher fui muito abaixo! Quando ela morreu, nem saía de casa. [] Tinha morrido o meu filho. A minha mãe"

- "Eu o meu mal de há muitos anos é os nervos. Desde que eu fiquei sozinha"

- "Só tenho medo se eu estiver numa cama e depois: como é que me vão lá tratar? E ter dinheiro... chega?, não chega?"

- "Era bom era uma pessoa poder - sem esbanjar, sem fazer disparates – poder governar o mês inteiro sem a preocupação "Chegará ou não chegará ao fim do mês?"

- "Tenho muita tristeza às vezes. Porque tenho pena também da minha mulher: ver que ela está a fazer sacrifício para conseguir (que o dinheiro chegue)"

- "Eu não posso mais nada... Já não posso pôr um cortinado, nem lavá-lo, nem passá-lo a ferro. Aí!, mas não aceito que ele esteja amarrado! Mas com a minha reforma já não posso pagar a ninguém, não é?"

- "Quando me vou deitar, penso assim: 'Qual será a noite, que eu me vejo aqui aflita, sozinha?'"

- "Tornei-me pessimista depois deste problema (de visão). (Com dificuldade em conduzir) sujeito-me mais a estar em casa. E estou em casa, estou mais a pensar na vida"

- "Rezo para o meu marido - quando ele chega assim mais tarde - não me apoquente"

- "Não há razão para que um indivíduo esteja assim tão isolado ou tão... A maior parte das pessoas assim já de idade resignam-se a estar em casa... dormir em frente à televisão... É uma vida sórdida! E eu não quero passar por esses..."

- "Ah, se eu pudesse ainda ser útil!"

Mas também os recursos psicológicos /comportamentais disponíveis serão relevantes - e, em parte, passíveis de valorização/modificação - como se discute a propósito dos determinantes individuais (6.5).

6.3. Bem-estar e Qualidade de Vida

"Graças a Deus não estou muito mal, mas..."

"Tenho que tentar viver isso que tenho da melhor maneira possível"

A PromS toma a saúde não como um fim em si mesmo mas como um recurso para o quotidiano, remetendo os

seus objectivos finais para a noção de bem-estar e de qualidade de vida. E entre as áreas que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida – ou para "envelhecer bem" –, os aspectos de saúde, ainda que mereçam em geral um lugar de destaque, não são os únicos relevantes, seja numa perspectiva técnica ou académica, seja na visão dos próprios interessados. Isso mesmo confirma o estudo qualitativo realizado, onde os entrevistados revelaram que a saúde ganha significado no contexto do seu quadro de vida e que a sua noção do que é importante para uma "vida boa" é bastante diversificada e pessoal, envolvendo em geral referência a uma multiplicidade de dimensões e factores, tanto positivos como negativos. Relações interpessoais, condições económicas e materiais de subsistência, espaço de vida/habitação e ocupação do tempo/actividade são, a par da saúde, alguns dos domínios valorizados nos depoimentos, tal como na investigação internacional. Ora os dados objectivos e subjectivos obtidos sobre várias destas dimensões sugerem inúmeras vertentes de precariedade afectando grande parte da população portuguesa de 65+ anos (e.g. dificuldades financeiras, más condições habitacionais, problemas de saúde, pouca diversidade de actividades de lazer) – a par, muito embora, de alguns recursos positivos (e.g., casa própria, diversidade/ extensão de redes relacionais, valorização das tarefas diárias). No seu conjunto, traça-se pois um panorama de condições pouco favoráveis para a qualidade de vida deste grupo. Esse mesmo balanço parecem fazer as pessoas idosas, que expressam apreciações globais bem menos positivas do que os seus congéneres

⁸ Relembre-se que Portugal se destacou aliás já, noutro estudo (Lima, Novo, 2006), como o país europeu em que as variáveis objectivas (e.g., idade, rendimento, estado civil) mais contavam, e as subjectivas (incluindo saúde auto-avaliada) menos pesavam, para o Bem-Estar Subjectivo/BES; aí se observou também que o fenómeno de redução do BES entre os mais velhos é característico só dos países com mais baixo nível de desenvolvimento no quadro europeu.

de outros países da Europa dos 15. São em minoria os idosos portugueses que manifestam satisfação com a vida – uma proporção que de resto, segundo o Eurobarómetro, em 2005 era a menor da região –, sendo os níveis de felicidade também notoriamente baixos no quadro europeu (ESS3-2006). Acresce que, em qualquer dos casos, há um agravamento nestes índices face à população nacional total que não é comum à generalidade dos outros países. Sendo o bem-estar e qualidade de vida os critérios últimos de sucesso da promoção da saúde – assim como em si mesmos influentes no estado de saúde dos idosos –, há pois, também aqui, importante margem para melhoria (ver *Caixa 4* quanto ao lugar destas dimensões no PNS).

Âmbito do PNS E PNSPI - Caixa 4

Embora o **PNSPI** inclua no seu enquadramento diversas referências à qualidade de vida e sua interligação com a saúde, adopta como finalidade a “generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade” e a “actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência” – que se concretiza, porém, depois, mais limitadamente, no objectivo geral de “obter ganhos em anos de vida com independência” (remetendo esta última para a capacidade de viver na comunidade sem ou com pequena ajuda de outrem). Parece assim ocorrer uma restrição das “ambições” do programa, que o preâmbulo e conceitos evocados faziam antever mais amplas, ao foro mais estrito da saúde e (algumas esferas da) funcionalidade, com objectivos que não encontram expressão para além da mortalidade e (in)capacidade funcional /actividades da vida diária. Também o **PNS** se revela essencialmente consentâneo com um entendimento da saúde em sentido bastante limitado, já que apesar de menções pontuais a perspectivas mais abrangentes, o Plano se estrutura a partir de uma visão de “saúde potencial” em que à noção de “ausência de doença”, acrescenta unicamente as de “aptidão funcional” (orientada para a população idosa e a incapacidade/necessidade de ajuda nas AVDs) e de “bem-estar” (que se traduz porém simplesmente na auto-avaliação global do estado de saúde). As próprias metas prioritárias para “Envelhecer activamente” focam somente a esperança de vida, a auto-avaliação da saúde, a incapacidade de longa duração e factores de risco bio-comportamentais (peso/obesidade, tabaco, álcool, actividade física/ sedentarismo).

6.4. Diferenças - e Iniquidade

A discussão dos resultados globais de saúde, funcionalidade e bem-estar/qualidade de vida do conjunto dos portugueses de 65+ anos é sobretudo elucidativa para avaliação da existência de margem para ganhos potenciais de fundo (confirmada nomeadamente pela observação de que pessoas da mesma idade noutros países europeus obtêm resultados mais favoráveis na maior parte dos indicadores) e útil para o acompanhamento, a médio/longo prazo, da evolução geral da situação. No entanto, tende a ser pouco sugestiva no que toca aos factores implicados nessas situações. E, mais ainda, encobre *diferenças, por vezes profundas, entre (subgrupos de) idosos* – variações que importa destacar, quer pelas pistas essenciais que podem fornecer para a intervenção, quer com vista à vigilância e promoção da equidade em saúde, princípio central em PromS. A importância de discriminar subgrupos, estratificando metas, diagnósticos e monitorização de resultados em função não só da idade e sexo mas também do rendimento, escolaridade e local de residência, entre outras possíveis variáveis, é uma das conclusões fortes do presente trabalho.

De facto, tal como a revisão de literatura antecipava e os dados quantitativos e qualitativos sublinham, a **heterogeneidade** é a regra no que toca à população mais velha. A riqueza de situações, posturas, entendimentos, práticas observadas, mesmo no limitado universo das entrevistas efectuadas, é disso breve ilustração. Muitos serão os factores implicados nessa diversidade, alimentada por diferenças pessoais e circunstâncias particulares ao longo de extensas e únicas histórias de vida. No entanto, e apesar do carácter idiossincrático de parte dessas diferenças, outra componente delas associa-se a factores que podem ser convocados como explicativos – ou, pelo menos, úteis preditores – de **variações sistemáticas**. E na medida em que tais factores envolvam processos/dinâmicas sociais, modificáveis, estaremos a falar não de simples variabilidade mas de **desigualdades sociais em saúde** – as quais, contrariando os valores aceites de equidade, são tomadas como iniquidades, injustas e inaceitáveis.

6.4.1. • Desde logo, a própria idade⁹ associa-se com frequência a variações muito significativas nos resultados de saúde (bem como em alguns dos seus determinantes), com alguns tipos de problemas a aumentarem acentuadamente quando se passa do grupo dos “jovens idosos” para os mais velhos. Para dar um exemplo, a prevalência de limitações de actividade graves (SILC-2006), que entre os 65 e 74 anos é de 24,5%, subirá para 42% depois dessa idade. Um dado interessante, porém, é que quando se discriminam mais subgrupos etários, os muito idosos (85 e + anos, na maioria das análises efectuadas) revelam por vezes melhores resultados do que o grupo intermédio. A título ilustrativo, 41% dos portugueses de 75-84 queixa-se de saúde má, mas entre os mais velhos essa proporção baixa para 29%, voltando a ser idêntica à observada entre os “jovens idosos” de 65-74 anos (ESS3-2006), uma situação de decréscimo que se observa igualmente em várias doenças crónicas estudadas no 4º INS -2005/06. Tal fenómeno pode ser explicado por inúmeros factores: desde a maior probabilidade de internamento dos mais velhos com pior saúde (que se vêem assim excluídos da generalidade dos inquéritos, que não abrangem essa população), aos efeitos de mortalidade diferencial, passando também pela possibilidade de ajustamento nas apreciações subjectivas em função de mais baixas expectativas.

No que toca à comparação do grupo etário de 65 e mais anos com a população em geral, um aspecto a merecer atenção é a indicação de que, face a vários indicadores de resultados e determinantes de saúde, ser idoso em Portugal poderá ser mais penalizador do que sucede noutros países da Europa (e.g., doenças crónicas – EB 2002; indicadores de bem-estar, saúde mental e factores psicológicos; problemas de habitação; pobreza).

6.4.2. • Outra distinção fundamental, é a que se associa ao sexo/género, com resultados de saúde muitas vezes significativamente diferentes entre homens e mulheres. De um modo geral – e embora a situação possa variar quando se focam aspectos mais específicos –, as idosas portuguesas, à semelhança do que sucede noutros países, tendem a ter pior saúde, incluindo maior incapacidade, mas, em contrapartida, maior esperança de vida do que os homens da mesma idade. Entre os múltiplos exemplos que sublinham a relevância de proceder a uma análise separada por sexos das várias temáticas pertinentes para a saúde pode-se mencionar a observação, da componente do estudo aprofundando as desigualdades em saúde (Cap. 4), de que o impacte potencial nos principais resultados de saúde da correcção de desigualdades socioeconómicas é tendencialmente mais forte para as mulheres idosas (e.g., a generalização de um nível de escolaridade superior a 6 anos resultaria hipoteticamente num aumento na prevalência de “saúde boa” de 144% nas idosas portuguesas mas só de 33% nos homens). Já, por exemplo, a universalização dos benefícios de viver em cidades grandes, por oposição a aldeias, poderia ter maior impacte entre os homens idosos (um aumento de 52% na frequência de “saúde boa”, face a 38% nas mulheres).

6.4.3. • Particular atenção merece a análise das desigualdades em saúde associadas a uma diferente posição socioeconómica –tema que tem sido escassamente estudado no que toca aos idosos portugueses e cuja consideração é crucial para assegurar o princípio da equidade em saúde. Os resultados do ESS3-2006 examinados no Cap. 4, dedicado a esta questão, bem como outros dados sobre dimensões e determinantes de saúde que foi possível analisar com base numa estratificação socioeconómica, são consistentemente indicativos de que também no nosso país (e talvez mais acentuadamente ainda que noutros membros da UE 15) existirão *importantes iniquidades na saúde da população mais velha* – isto é, diferenças sistemáticas relevantes e evitáveis na saúde (e em vários dos seus determinantes) entre as pessoas de diferentes grupos sociais, definidos nomeadamente em termos de níveis de escolaridade e de rendimento¹⁰.

⁹ Convém lembrar que tratando-se, como é geralmente o caso, de estudos transversais não é possível distinguir as variações que se associam efectivamente à idade dos indivíduos das que resultam de diferenças geracionais.

¹⁰ Esta vertente de desigualdades de base socioeconómica foi a mais consistentemente observada – e a que mais directamente remete para uma interpretação em termos de iniquidade social. No entanto, são ainda de considerar as desigualdades de base geográfica (tipo de localidade de residência ou ainda diferenças inter-regionais), identificadas para vários dos indicadores analisados, que, podendo-se supor influenciadas, pelo menos em parte, por diferenças no contexto de vida (e.g. acesso a serviços, transportes, etc.) reflectirão também o carácter sistemático, socialmente determinado e injusto, que as torna iniquidades e não simples “variações” em saúde (cf. Cap. 2-B.1.2). As próprias diferenças na saúde associadas ao género devem ser também parcialmente consideradas como uma questão de

Tais diferenças são particularmente marcadas quando se contrastam grupos “extremos”. Porém, e em sintonia com a evidência internacional (v.g, CSDH, 2008), os dados são sugestivos de um

gradiente, ou seja, de um padrão de desigualdades na saúde ao longo de toda a escala social, penalizando portanto não só os mais desprivilegiados mas também os que têm posições intermédias – e remetendo para um problema estrutural que respeita não só aos grupos desfavorecidos (ainda que estes sejam de sobremodo afectados) mas ao conjunto da sociedade (Caixa 5).

...por exemplo, a prevalência da “saúde má” entre idosos de agregados com rendimento mensal inferior a 300€ é mais do quántuplo da observada nos que auferem mais de 1000€.

Caixa 5

Muito embora grande parte da informação de saúde disponível em Portugal não permita ainda uma análise desagregada para os vários grupos socioeconómicos, geográficos e outros, os dados para os quais foi possível fazer uma tal análise de equidade/**desigualdades sociais**, revelam, quase sem excepção, diferenças significativas nos resultados de saúde dos idosos portugueses em função de factores como o nível de escolaridade ou o rendimento¹¹, à semelhança (mas, porventura, de modo mais acentuado) do que tem sido constatado para outros países europeus. Vários dos factores que influenciam a saúde mostram também uma distribuição desigual em função da posição social.

“os pobres, coitados...”

“... se estiver ali assim pelo meio...”

- E não são só as situações de maior desfavorecimento que tendem a ter um pior estado de saúde/funcionalidade/bem-estar e piores oportunidades/riscos de saúde - o que, em si mesmo, afectaria grande número de pessoas idosas no nosso país, com inevitável peso no nível médio de saúde da população nacional de 65+ anos, dado que reduzida escolaridade e escassos rendimentos, abaixo inclusive dos limiares de pobreza, são situações frequentes neste grupo.

- Mas, ao contrário do que será talvez mais evidente para a opinião pública (incluindo os próprios idosos – cf. entrevistas), verifica-se, em muitos casos, que mesmo as posições sociais intermédias estão em assinalável desvantagem face aos níveis de saúde (e seus determinantes) observados nas posições mais elevadas da hierarquia social – fenómeno que se designa por gradiente social.

Vejam-se alguns exemplos de iniquidades observadas:

- do primeiro para o último escalão de rendimento, nos portugueses de 65-74 anos observa-se agravamento da prevalência de limitações de actividades de 45% para 62%; mas mesmo os que estão no meio da escala social (3º quintil) têm maior incapacidade - 58% - que os mais privilegiados (SILC-2006);
- a saúde “boa ou muito boa”, que só se ocorre em 12,5% dos idosos nacionais sem escolaridade, é conseguida por 30% das pessoas com mais de 6 anos de escolaridade, ficando por cerca de metade dessa proporção - 16,5% - entre os que têm o ensino básico (ESS3-2006);
- no conjunto dos adultos portugueses, a osteoartrite que afecta 8% da população no quintil de mais alto rendimento, atingirá 33% dos que se situam no quintil mais baixo (WHS-2002/2003);
- quase metade (48%) dos idosos com sérias dificuldades de rendimento sofre níveis elevados de afectos negativos, ao passo que tal só sucede entre 12% dos sem problemas financeiros e 26% dos com algumas dificuldades nesse plano (ESS3-2006);
- a inexistência de confidente é cerca 5 vezes mais frequente entre os idosos não escolarizados e 3 vezes mais frequente entre os que completaram o ensino básico/ISCED 1, por comparação com os que têm maior escolaridade (ESS3-2006);

equidade, pois se incluirão alguma influência biológica (de peso relativo indeterminado), resultam igualmente das diferenças nas oportunidades e riscos que homens e mulheres experimentam em resultado da organização social vigente. Igual raciocínio, pode, aplicar-se ainda às diferenças de saúde associadas à idade: se é certo que factores não modificáveis estarão aqui implicados, afigura-se provável que alguma parte dos problemas acrescidos dos mais velhos reflita uma desigualdade na distribuição dos determinantes sociais da saúde entre grupos etários (incluindo os efeitos da discriminação/ preconceito etário).

Embora os dados empíricos obtidos pouco permitam acrescentar a esse respeito, importa ainda não esquecer outras fontes de desigual posição social, discriminação e consequente iniquidade de saúde – e.g., etnia, nacionalidade, etc. – já que, embora (ainda) com pouca expressão populacional em Portugal nesta faixa etária, podem associar-se a fortes desvantagens de saúde (a título ilustrativo veja-se a expressiva associação da “pertença a grupo discriminado” com maus resultados de saúde – ESS3-2006).

¹¹ Assinale-se que, para os dados analisados (nomeadamente em Cap.4-C4), o rendimento tende a associar-se a mais consistentes e fortes desigualdades na saúde dos idosos portugueses do que o nível de escolaridade.

- a indicação de que quase um terço de idosos tem auto-estima e resiliência elevadas a nível nacional, encobre uma variação que vai dos 11% de pessoas com estes recursos psicológicos entre os que têm grandes dificuldades de rendimento e os 43% encontrados nos que têm rendimento que pelo menos “dá para viver” (ESS3-2006);
- 99% dos portugueses de 65+ anos com uma situação financeira satisfatória fazem uma avaliação positiva da sua habitação, o que só acontece com 60% dos que têm problemas financeiros (EB.62.2-2004)

Assinala-se que se encontram também nos idosos em Portugal sinais de desigualdades na saúde de base social associadas a outro tipo de aspectos – como o local de residência (ver 6.4.4): por exemplo, os afectos negativos elevados têm quase o dobro da prevalência (RF 1,8) entre os idosos portugueses que habitam em meio rural (31%), por comparação com o observado nos que vivem em grandes cidades ou seus arredores (17%) (ESS3-2006).

Uma assinalável limitação da análise de iniquidades efectuada é não poder ser estendida a indicadores objectivos, como as taxas de mortalidade ou a esperança de vida, por falta de acesso aos necessários dados estratificados no nosso país. No entanto, a utilidade, atestada noutras investigações, de indicadores como os de saúde subjectiva; a consistência genérica dos resultados obtidos a nível nacional, para vários indicadores, temáticas e fontes de dados; e, naturalmente, a congruência destas conclusões com as obtidas a nível internacional (cf. Cap. 2-B.2.3.1)¹², convergem para reforçar a ideia de que existem relevantes desigualdades sociais na saúde dos idosos portugueses. Ainda que o conhecimento da sua mais precisa dimensão, facetas e mecanismos explicativos requeira investigação adicional, esta apresenta-se pois, desde já, como uma questão incontornável no entendimento da situação de saúde desta população. Tais desigualdades não só demonstram o afastamento do princípio de equidade, constituindo um impulso ético e legal para uma acção correctora, como são útil sinalizador de margens de ganhos em saúde e bem estar comprovadamente acessíveis - para mais, com provável impacte de peso no nível global de saúde/bem-estar desta população. Salienta-se que, a par da mais imediata correcção/ compensação das desiguais oportunidades de saúde associadas às diferenças de PSE, o carácter transversal e estrutural das iniquidades observadas – e os sinais de que poderão estar a tornar-se mais extremadas nas sociedades europeias – reclamam atenção simultânea aos factores e dinâmicas de organização social geradores de tais clivagens sociais.

A importância, para o entendimento da situação dos idosos portugueses, destas associações da saúde e bem-estar com factores socioeconómicos, é tanto maior quanto é grande a proporção da população que enfrenta sérias limitações nesses planos, com baixa escolaridade, fracos rendimentos médios e, mesmo, significativas taxas de pobreza - a que crescem os níveis particularmente elevados de disparidade de rendimento na sociedade portuguesa (ver Caixa 6 e Determinantes/ 6.5). Melhorias nesses factores poderão pois ter forte impacte potencial na saúde e bem-estar da população idosa:

Caixa 6

Portugal era, em 2006, o país da UE15 com maior **desigualdade na distribuição do rendimento** (o rendimento dos 20% de portugueses mais ricos era 6,8 vezes superior ao dos 20% da população mais pobre, sendo a média europeia 4,7 - S80/S20, Eurostat), estando a aumentar a “concentração de riqueza” nacional num menor número de pessoas (o coeficiente de Gini aumentou de 36 para 38 entre 1996 e 2006 - Eurostat)

...por exemplo, o cálculo da PA, aponta ganhos na ordem dos 40% na limitação de actividades associados a uma generalização de escolaridade que ultrapasse o ensino básico ou de rendimentos adequados (i.e. que no mínimo “dêem para viver”) (ESS3-2006).

Para além desta relação avaliada directamente face aos principais resultados de saúde e bem-estar, importa ainda acentuar que muitos dos determinantes de saúde estudados confirmam uma distribuição diferenciada em função do nível de escolaridade e/ou rendimento dos indivíduos.

¹² Relembre-se que o carácter transversal dos dados, nesta como nas demais temáticas abordadas, não permite também conclusões quanto à direcção causal nas associações identificadas entre PSE e saúde (e/ou seus determinantes) - sendo até provável que em boa parte dos casos haja influência em ambos os sentidos. É pois o recurso à evidência teórica e empírica (estudos longitudinais) de outros países que suporta a suposição de que parte importante dessa associação traduz uma influência das condições sociais sobre a saúde.

Assim, as desigualdades sociais na saúde dos portugueses mais velhos, para além das questões fundamentais de equidade e justiça social que convocam, afiguram-se um tema incontornável para a obtenção de ganhos significativos de saúde nesta faixa da população. Importa ter presente que, recebendo a nível internacional um ímpeto maior só em anos recentes, esta é uma área que tende a ser negligenciada, requerendo mais investigação mas, sobretudo, mais intervenção e atenção política (cf. Cap. 2-B.1.2). No quadro nacional, tal transparece no PNS, que, revela claras insuficiências na conceptualização e ênfase do tema, e mais ainda no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, onde não se encontra sequer reflectido (Caixa 7).

Caixa 7

A equidade no PNS O documento base do Plano Nacional de Saúde, não contendo mais do que referências genéricas a este tema, deixa mesmo assim antever consideráveis fragilidades quer na conceptualização, quer na fundamentação (com total ausência de elementos de diagnóstico), quer ainda nas linhas de actuação propostas face às desigualdades sociais em saúde em Portugal. Se por um lado, o PNS assenta numa clara explicitação de valores e princípios em que se incluem “a justiça social, a universalidade, a equidade” (vol. 1, p. 3), as (escassas) referências ao tema no conjunto do documento fazem supor que:

a) – São porventura valorizadas, sobretudo, desigualdades de género e de base territorial/geográfica, sendo que as menções a desigualdades de natureza socioeconómica parecem equacionar-se unicamente com uma atenção a grupos específicos em situação de pobreza e exclusão social – com destaque para uma estratégia geral de “Prioridade aos mais pobres” (mas existindo ainda referências a “outras situações de desigualdade social com influência no estado de saúde, nomeadamente quanto aos idosos que vivem isolados” e outros grupos desfavorecidos - vol. 2, p. 49). Não parece pois contemplar-se o preconizado enfrentar das desigualdades de saúde ao longo do gradiente social, ou sequer, claramente, uma “redução do fosso” entre os excluídos e a restante população (cf. Cap. 2-B.1.2).

b) - Apesar do que a definição de “estratégia geral” pressuporia, não se encontram indicações de que mesmo essa atenção específica aos mais vulneráveis se veja efectivamente reflectida de forma transversal em todos os programas, dada nomeadamente a ausência de referências relevantes nas metas/ indicadores e estratégias da generalidade dos programas¹³ - incluindo o **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**, onde o tema das desigualdades ou mesmo da pobreza está, dir-se-ia, conspicuamente ausente¹⁴. A intenção de estabelecer um **Programa Nacional de Luta contra as Desigualdades em Saúde** parece confirmar, quando muito (já que não há qualquer indicação da sua real implementação¹⁵), a pretensão de adoptar uma estratégia separada, não se prevendo “mainstreaming” de uma política para redução das iniquidades;

d) – Para as situações contempladas, as explicações das desigualdades em saúde tendem a cingir-se a factores comportamentais e acesso diferencial aos cuidados de saúde, conjugados com os efeitos da selecção social¹⁶, pelo que as medidas antevistas parecem centrar-se na discriminação positiva face aos mais desfavorecidos, sem indicações de uma actuação dirigida às causas mais profundas das iniquidades em saúde, como sejam acções visando os (restantes) determinantes sociais da saúde, ou, menos ainda, os factores condicionantes das desigualdades na sua distribuição.

¹³ Com excepções pontuais, como é o caso da área de Saúde Mental.

¹⁴ Aqui a única referência às questões da equidade surge na introdução com uma referência à Rede de Cuidados Continuados de Saúde, que se propõe “melhorar a equidade do acesso daquelas pessoas a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração” (DGS, 2006, p. 12). No que toca a subgrupos específicos o único aspecto destacado é a “atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis” (definidas em termos de critérios de idade e uma longa lista de outros, essencialmente, biomédicos, em que se incluem também “problemas socioeconómicos e familiares” - *idem*, p. 13), não existindo qualquer menção à relevância da estratificação socioeconómica, minorias, etc. Surgem, sim, referências à necessidade de levar em conta questões de género - embora mesmo essas sem reflexo, por exemplo, na generalidade dos indicadores propostos para este Programa (*idem*, p. 18), onde não é feita desagregação por sexo, sendo-o só em parte das Metas prioritárias para “Envelhecer activamente” incluídas no PNS.

¹⁵ Em listagem do Alto Comissariado da Saúde datada de 12/06/2006 não existia qualquer coordenador ou instituição responsável indigitados e, no início de 2009, de acordo com a documentação disponível no respectivo *site* (www.acs.min-saude.pt) o Programa não havia ainda sido elaborado (incluindo-se somente referência a legislação de 2003 sobre Planos Nacionais para a Igualdade e contra a Violência doméstica).

¹⁶ Veja-se, por exemplo, no PNS: “por conotação a uma maior falta de recursos e condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com a saúde tendem a agravar situações socioeconómicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social” (vol. 1, p. 9). Ou ainda, no Estado de Saúde dos Portugueses, no mesmo documento, a observação de que “a existência de assimetrias regionais no estado de saúde (...) reflecte, por um lado, diferentes costumes regionais, associados, nomeadamente, aos estilos de vida, mas pode, por outro lado, ser reveladora de iniquidades de acesso das populações aos cuidados de saúde” (p.4).

Por sua vez, as entrevistas sugerem ainda a pouca consciência que as próprias pessoas idosas terão sobre as questões das desigualdades em saúde – para além de algum reconhecimento do potencial impacto da pobreza na saúde. Não se conhece pesquisa nacional quanto às perspectivas do conjunto da população sobre estes assuntos, ou à informação que sobre eles recebem nas mensagens veiculadas pelos profissionais de saúde e pelos media – mas afigura-se provável, que à semelhança do que acontece noutros países, também entre nós os determinantes sociais da saúde e, mais ainda, a sua desigual distribuição, mereçam reduzido lugar no discurso das autoridades e *opinion makers*.

Importa finalmente salientar que os níveis e implicações das desigualdades observadas fundamentam o imperativo de uma intervenção com vista a melhorar as condições socioeconómicas dos idosos portugueses - e, com maior urgência, a minorar as situações de maior precariedade e seu impacto na saúde. Mas sugerem também a necessidade de atentar aos factores de fundo – no contexto macroeconómico, político, social, cultural – que geram e/ou sustentam as acentuadas (e porventura crescentes) clivagens existentes, na sociedade portuguesa em geral, entre idosos e demais grupos etários e entre diferentes subgrupos da população mais velha. Note-se aliás que políticas governamentais visando a redução das desigualdades de rendimento em Portugal tenderão a contar com extenso apoio da opinião pública de todas as idades (86%), de forma aliás ainda mais massiva do que noutros países europeus (68% - ESS3-2006).

6.4.4. • O estado de saúde dos idosos portugueses e factores que o determinam apresenta também variações entre grupos definidos com critérios geográficos, para diversas das variáveis em que tal análise foi efectuada.

Algumas dessas diferenças associam-se ao tipo de aglomerado de residência – traduzindo-se muitas vezes (embora nem sempre) em vantagem para os idosos que vivem em grandes cidades ou seus arredores, por contraponto sobretudo aos que vivem em aldeias/meio rural. Embora se desconheçam os factores subjacentes – e algumas dessas diferenças possam até reflectir somente desigualdades socioeconómicas entre habitantes dos diferentes tipos de aglomerados¹⁷ – é possível também que, em parte, resultem de disparidades nas respectivas condições / contextos de vida.

Mais impraticável é ainda, no quadro de uma análise global, discriminar mecanismos subjacentes à heterogeneidade de resultados de base regional – de que são exemplo os padrões bem distintos de mortalidade observados nas 5 regiões do território continental para suicídio, tuberculose, pneumonia e outras causas¹⁸. Tal disparidade vem, em qualquer caso, corroborar a importância de uma análise contextualizada das questões de saúde dos mais velhos. Reforça pois a noção, que subjaz ao referencial teórico desenvolvido, de que a promoção da saúde é mais solidamente alicerçada quando assente numa abordagem territorial. De facto, e embora o presente estudo se tenha cingido sobretudo a uma abordagem à escala nacional, o referencial teórico desenvolvido, tal como muitos dos dados analisados, sublinham que factores “de proximidade”, que vão das características do ambiente físico a aspectos culturais e sociais, passando pelos recursos organizacionais /institucionais disponíveis, tendem a ser fundamentais para as questões em análise, recomendando que a caracterização dos fenómenos em causa, como suporte para a intervenção em PromS65+, seja feita à escala local (do município, localidade e até bairro).

¹⁷ As desigualdades associadas a este indicador observadas nos principais resultados de saúde/bem-estar do ESS3-2006, perderam significado quando ajustadas para outras variáveis sociodemográficas (Cap. 4-C4).

¹⁸ Ainda que se tenham incluído no estudo dados estratificados por região para outros resultados e determinantes de saúde, este tipo análise foi pouco aprofundado, quer por as amostras de vários dos inquéritos não se adequarem a esta estratificação adicional do subgrupo de inquiridos idosos, quer pela dificuldade de interpretar de modo proveitoso as eventuais diferenças encontradas.

6.5. Multideterminação¹⁹

Muitos factores, de natureza diversa, terão papel relevante na saúde e bem-estar dos idosos em Portugal. No referencial PromS65+ identificou-se, a partir da literatura internacional, uma série de determinantes potenciais da saúde dos mais velhos, a nível individual (biológicos, psicológicos, comportamentais) mas também ambiental (ambiente físico e social, incluindo factores socioeconómicos, serviços/ sistemas de saúde e sociais e outros aspectos do contexto socioeconómico, político e cultural, do nível local à escala global). Ainda que sem possibilidade de abordar, e menos ainda aprofundar, todos os factores relevantes - e cingindo-se muitas vezes a um plano descritivo e, nalgumas vertentes, exploratório -, o “Perfil de saúde” esboçado traz mesmo assim amplo suporte, ao que é uma das questões de fundo do presente trabalho: a de que uma efectiva promoção da saúde dos idosos em Portugal exige a consideração de determinantes que estão além dos sistemas de cuidados (ainda que estes sejam fundamentais) e que de modo algum se esgotam na atenção a comportamentos individuais (e.g., actividade física ou alimentação), como tende a ser enfatizado em abordagens mais tradicionais (Caixa 8).

Caixa 8

A **literatura**, que serve de base ao referencial **PromS65+**, clarifica que a saúde é a resultante de processos complexos, num equilíbrio de crescimento, declínio e manutenção, envolvendo múltiplos factores causais, patogénicos/riscos e salutogénicos/recursos, tanto individuais como ambientais, actuando em vários níveis sistémicos, com frequência de forma interactiva e influência ao longo do tempo, numa cadeia de mecanismos do plano mais distal ao mais proximal.

Visando ir além das mais habituais abordagens biomédicas e comportamentais, os **dados analisados** exploraram uma parte desse leque de factores²⁰, permitindo apontar como potencialmente relevantes para a situação actual de saúde da população idosa portuguesa determinantes como:

rendimento e educação (entre outros estratificadores/factores de posição social); condições de habitação; suporte e relações interpessoais; actividade/participação de diversos tipos; características e estratégias psicológicas; *empowerment* e literacia em saúde - para além de outros comportamentos, acontecimentos e vertentes do ambiente físico (e.g., características da zona de residência, transportes, tecnologia), sociocultural (e.g., coesão social, preconceito etário) e político/institucional (e.g., cuidados/serviços, relação entre cidadãos e instituições, demais determinantes das iniquidades de saúde).

“...conta tudo,
conta tudo ...”

O estudo qualitativo, explorando **concepções das pessoas idosas**, observou que também estas tendem para uma visão multideterminada e complexa da saúde, reconhecendo a influência de factores que vão além dos “estilos de vida” e cuidados de saúde, para abarcar também outras características e estratégias pessoais e aspectos do ambiente físico, social e económico. Tal não implica que as explicações leigas abranjam todo o espectro de determinantes relevantes ou coincidam com o entendimento científico. Observa-se ainda tendência para valorizar certo tipo de causas em detrimento de outras. Apesar das variações, detectou-se alguma tendência para enfatizar factores de risco, individuais e actuais (por contraponto aos recursos de saúde, aos determinantes ambientais ou às influências passadas), com muito escasso reconhecimento de causas mais distais (em especial macro-estruturais).

E qual a perspectiva adoptada nos documentos-base da política de saúde para idosos? O **PNS** não detalha a concepção de saúde perfilhada, mas a discussão dos determinantes apresentada no diagnóstico do Estado de Saúde cinge-se sobretudo a factores comportamentais, biológicos e a cuidados de saúde. Nas metas traçadas transparece em geral também uma visão - consentânea com uma perspectiva biomédica - predominantemente restrita e negativa da saúde, centrada na doença (e incapacidade), sendo que, no caso específico das metas para “Envelhecer activamente” se enfatizam indicadores de riscos individuais comportamentais.

¹⁹ Não se incluirão nesta secção referência a todos os factores explorados na Parte II – somente os mais destacáveis.

²⁰ O “Perfil” traçado viu-se, mesmo assim, limitado pelos dados disponíveis (e opções efectuadas), sendo sobretudo de destacar: a quase exclusiva contração numa abordagem aos nível dos indivíduos, em prejuízo de uma análise ecológica; a não consideração de determinantes contextuais mais amplos; e ainda o pendor para indicadores centrados na patologia e no “risco”, não suficientemente equilibrados com equivalente atenção à saúde positiva e a factores protectores e promotores da saúde.

Já o **PNSPI** faz no Enquadramento referências que poderiam indiciar uma perspectiva multiníveis, de causalidade complexa - “determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações (...) todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção”. Porém, mesmo ainda na introdução, o ênfase acaba por se situar claramente no plano do indivíduo, com consideração dos seus contextos mais imediatos (incluindo os serviços/cuidados de saúde e sociais) mas não de determinantes estruturais, mais distais, sendo que depois, ao nível das finalidades e estratégias, nem sequer os factores e dimensões antes contempladas encontram igual expressão. Por outro lado, parece estar implícita no documento sobretudo uma visão de processos de perda (se bem que não tida como inevitável), a que se contrapõe um esforço no sentido da manutenção (através da prevenção, recuperação precoce, redução de incapacidades e ajustamento do ambiente às fragilidades e resposta dos serviços às necessidades). É quase nula a consideração de recursos ou processos positivos de “crescimento”, exceptuando-se pontual menção a “capacitação” ou a estímulo de capacidades das pessoas idosas. *(ver também Caixas 4-Âmbito do PNS e 7-Equidade)*

6.5.1. Rendimento e Educação Desde logo, factores, como o nível do rendimento e educação, que determinam a posição socioeconómica dos indivíduos, revelaram, como se viu (cf. 6.4.3):

“sem dinheiro não pode fazer frente a certos casos, não é?”

- ser uma área de acentuada fragilidade, com grande prevalência no nosso país de situações de significativa precariedade (Caixa 9);
- ter forte associação com a saúde dos portugueses mais velhos (expressa na relação tanto com resultados globais de saúde e bem-estar, como com diversos outros determinantes);
- receber, até à data, escassa atenção nas políticas de saúde.

São pois excelentes candidatos para uma acção conducente a ganhos significativos na saúde, para além de alvos imperativos do ponto de vista ético²¹.

A relevância para a saúde de um nível minimamente adequado de rendimento foi, também, em geral reconhecida pelas pessoas idosas entrevistadas (embora com proeminência muito variável), apoiada em explicações que atentam às condições materiais objectivas que proporciona (e.g., acesso aos cuidados de saúde, alimentação, condições na habitação, etc.), mas, também, a efeitos psicológicos (“o stress”, causado pelo “que passa durante o dia: não poder ter o que precisa”, “estar preocupada: como é que eu vou arranjar o dinheiro para ir agora ali à farmácia”). A prioridade que uma intervenção nesta frente poderá merecer na perspectiva dos principais interessados é para além disso reforçada por se tratar também de um domínio frequentemente destacado como pré-requisito para a qualidade de vida/bem-estar (sobretudo por parte daqueles que directamente as experienciam – e do ponto de vista da supressão de carências básicas e insegurança). Já o potencial benefício para a saúde de um rendimento acima “daquela média” não foi reconhecido por nenhum dos entrevistados, como não o foi também a influência da educação.

Caixa 9

“Eu não estudei foi nada! tive que ficar a cuidar dos meus irmãos, não pude ir para a escola”

A ausência de qualificações escolares é ainda maioritária nesta geração (54% - subindo para 62% entre as idosas) e os que obtiveram um diploma em geral não foram além do 1º ciclo (cerca de um terço dos com 65+ anos) – sendo, segundo os (escassos) dados sugerem, residual a participação em actividades de aprendizagem ao longo da vida. Assinale-se que as próximas gerações de idosos em Portugal terão níveis de escolaridade mais favoráveis – mas, ainda assim, muito baixos para as exigências da sociedade actual (não mais do que o 1º ciclo, para a maioria dos que estavam entre os 40 e os 64 anos em 2001), sendo que as competências de literacia a nível nacional serão em geral também extremamente reduzidas.

“Fiz a 4ª classe – porque eu não tinha vagar, tinha que ir para a costura. Aos 5 anos! foi logo começar a chulear e a guarnecer os casacos!”

²¹ O que não pode ser esclarecido pelos dados obtidos é o peso relativo da influência cumulativa/histórica vs. actual dos factores socioeconómicos (cf. Cap. 2-B.2.3.1/PSE). Porém, a investigação internacional, embora ainda escassa, é sugestiva de que uma parte dos efeitos encontrados depende dos níveis presentes de rendimento, sendo também de admitir que o aumento pelo menos do nível de literacia, senão de escolaridade, poderá igualmente ter repercussões positivas na saúde dos idosos, justificando pois o interesse da intervenção nestes planos junto das actuais gerações mais velhas – como em todas as idade, com ênfase para a 1ª infância, com vista à promoção da saúde dos futuros idosos.

“Pagavam-me mais dinheiro de ordenado mas não punham lá o meu dinheiro todo - e depois vim para a reforma mínima”

Por sua vez, o rendimento dos mais velhos depende fortemente de pensões que, no nosso país, têm valores médios bastante baixos, sendo que mesmo uma carreira contributiva de mais de 31 anos pode traduzir-se numa

pensão inferior a 400€/mês (2008). Não é pois de estranhar que, apesar da evolução positiva da situação ao longo da última década, os idosos sejam ainda dos grupos da população portuguesa mais atingidos pela pobreza: mais de um quarto das pessoas com 65+ anos vivia em 2006 abaixo do limiar da pobreza, subindo essa proporção para cerca de um terço nos com 75+ anos e 40% nos que vivem sós. Por outro lado, Portugal tem um elevado nível de desigualdade de rendimentos – o pior da EU15 em 2006, um factor que em si mesmo tem sido associado a mais graves iniquidades de saúde. Para além das privações imediatas, não se pode ainda esquecer a insegurança gerada por tal situação financeira – traduzida, por exemplo, em níveis elevados de preocupação com a possível insuficiência de rendimento nos últimos anos de vida (que só 10% dos idosos portugueses não expressam, contra 42% de outros europeus).

As extensas implicações do rendimento (e, em particular, das dificuldades a este nível) para inúmeros aspectos da vida das pessoas relevantes para a saúde são também, aliás, expressivamente ilustradas nas entrevistas. Os depoimentos tocam tanto as restrições que impõe - desde a alimentação saudável até às oportunidades de participação social, passando pelas condições de habitação, aquecimento, aquisição de medicamentos, acesso a cuidados e apoios - como o sentimento de insegurança que inspira, no dia-a-dia e face ao futuro.

6.5.2. Habitação e Zona de Residência

As condições de habitação são outro factor cuja melhoria teria

“Estou na minha casa, estou bem. Tenho as minhas vizinhas ali ao pé”

provável impacte de peso na saúde e bem-estar da população idosa portuguesa. A literatura internacional tem acentuado a importância acrescida deste - que é considerado um dos determinantes sociais básicos -, na saúde, independência e qualidade de vida das pessoas mais velhas e, embora não tenha sido possível analisar dados que confirmem tal influência à escala nacional, nada sugere que ela não se verifique em Portugal nas mesmas linhas gerais que se observam noutros contextos. Existem inclusive indicações de eventuais efeitos agravados entre nós – como é o caso do estudo europeu que aponta Portugal como o país da EU-14 com maior excesso de óbitos no inverno (8800 mortes prematuras em cada ano, no conjunto da população, entre 1988 a 1997), um fenómeno que se poderá relacionar com as más condições de isolamento térmico das habitações e falta de meios adequados de aquecimento (Healy, 2003). Possivelmente atingirá de forma mais expressiva a população idosa, mais susceptível a estes riscos.

“Como não chove lá dentro, eu tenho-me deixado estar ali e continuarei até (morrer)”

O que tem sido reconhecido noutros trabalhos – e inclusive em medidas legislativas, como o PCHI (Caixa 10) –, e a informação obtida corrobora, é que o parque habitacional português apresenta fortes problemas, alguns dos quais atingindo especialmente as faixas etárias mais velhas.

Para além da insuficiência de aquecimento (atingindo 60% dos idosos portugueses segundo o EQLS-2003), humidade, bolores, apodrecimento de madeiramentos e falta de luz são exemplos de outros problemas habitacionais que inquéritos transnacionais revelam afectar de modo desproporcionado os portugueses mais velhos (nalguns casos, os com pior situação na UE alargada!). Embora os dados indiquem que a sua prevalência é muito mais elevada entre agregados de baixos rendimentos, alguns destes problemas persistem em proporções não negligenciáveis mesmo entre os idosos nos escalões mais favorecidas (e.g. humidade, bolor, etc. nas casas de 61% dos idosos vivendo sós, com rendimentos abaixo de 60% da mediana e em 39% entre aqueles com rendimentos superiores a 140% da mediana – Eurostat-2001). Tal será coerente com a hipótese de uma associação destes fenómenos com um parque habitacional envelhecido (em 1995 a maioria dos idosos portugueses habitava edifícios com 50 ou mais anos – INE, 1999), com insuficiente manutenção/conservação. Outro aspecto em que a situação habitacional dos idosos apresenta graves carências (em proporção muito superior à de outros grupos etários, ou de congéneres doutros países europeus) diz respeito às infra-estruturas mais básicas, como água quente, banho/duche ou sanitários interiores – estas sim deficiências cuja persistência parece depender basicamente da falta de capacidade económica.

Para os idosos estas e outras características das habitações (pequenos desníveis, escadas sem corrimão, inexistência de anti-deslizantes, etc.) podem constituir ainda problemas de segurança – contribuindo, por exemplo, para acidentes domésticos e, em particular as quedas, que com a idade aumentam de incidência (26% na população 65+ anos em Portugal, em 2005 -IDB) e de gravidade potencial.

Há ainda a destacar os obstáculos à acessibilidade, quer no acesso externo aos edifícios (e.g. degraus) e, dentro deles, ao alojamento familiar (e.g., inexistência de elevador), quer na circulação e uso dos espaços e equipamentos no interior da própria habitação (e.g., largura de portas, utilização de casa de banho ou cozinha). Trata-se de um domínio ainda mal caracterizado em Portugal, como transparece do próprio PAIPDI e PNPA (*Caixa 10*), mas os escassos dados disponíveis - a par da própria falta de atenção que o tema tem recebido – indiciam problemas importantes a este nível. Estudos com amostras restritas (realizados também em Portugal), têm encontrado elevada prevalência de necessidade de obras de adaptação na habitação, nomeadamente onde habitem pessoas dependentes ou com limitações de mobilidade (este último um problema frequente nos idosos portugueses). Uma dessas pesquisas é aliás sugestiva do peso de uma das consequências mais extremas dos problemas habitacionais - apontados como um dos motivos implicados na necessidade de institucionalização de familiares dependentes em 40% dos casos observados (estudo ECOS-Branco, Paixão, 2008).

Caixa 10

- No **PNS** assinala-se a intenção de “Criar um contexto ambiental conducente à saúde”, prevendo-se um Programa Nacional de Saúde Ambiental – para o qual não se conhece documentação específica. A avaliação da situação feita incluía, em todo o caso, o reconhecimento de que “os problemas relacionados com a qualidade da habitação não têm recebido, por parte das autoridades de saúde, a atenção que lhe é devida” sendo necessário “investir na divulgação da associação entre Habitação e Saúde”; salienta-se ainda nesse diagnóstico que “as habitações mais antigas e degradadas são principalmente habitadas pelas gerações mais velhas, tanto nos centros urbanos como no interior. A falta de condições de qualidade e adequação destas habitações é uma das razões para a maior institucionalização dos idosos” (vol. 2, p. 72).
- O enquadramento do **PNSPI**, por sua vez, menciona a habitação (bem como outros aspectos relativos à “segurança e inadaptção dos ambientes urbanos ou rurais”) como um dos factores determinantes da saúde, referindo o propósito de contribuir para “a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida”. “Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores” surge, aliás, como uma das três grandes estratégias do programa – mas as acções relativas ao ambiente físico, para além de valorizarem somente riscos e obstáculos, resumem-se, mais uma vez, à orientação técnica dos “prestadores de cuidados sobre: prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários”, a par da informação às pessoas idosas sobre “detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, assim como sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarme; prevenção de acidentes domésticos e de lazer; utilização, em segurança, dos transportes rodoviários”.
- Fora do sector da saúde, como medida de combate à pobreza e à exclusão, foi recentemente criado o **Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas/PCHI** (Desp. nº 6716-A/2007) “um programa de qualificação habitacional, com o objectivo de prevenir a dependência e a institucionalização dos cidadãos mais idosos”, a implementar prioritariamente nos distritos do interior. Prevê intervenções “de qualificação habitacional com o objectivo de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade” a que se podem candidatar pessoas com 65 ou mais anos, com baixos rendimentos, que usufruam de serviços de apoio domiciliário e que residam em habitação própria, sozinhas ou com outras pessoas idosas, menores ou familiares com deficiência, sendo priorizadas as que não disponham de rede familiar de apoio e habitem em locais isolados. A execução é, em parceria, do Instituto da Segurança Social e dos municípios.
- A legislação e políticas relativas às **pessoas com deficiência ou incapacidade** serão instrumentos a ter em conta para as abordagens relativas ao meio físico (e outras áreas – como a participação). Refira-se a *Lei de Bases do Regime da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência* (Lei nº 38/2004), que enquadra as políticas de promoção da igualdade de oportunidades das pessoas com deficiências ou incapacidade, e o *1º Plano de Acção para a Integração*

das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade/PAIPDI (2006/2009)²², nomeadamente no que concerne às Acessibilidades e Informação (Eixo 1) e às participações nas obras de adaptação de habitações (Linha de acção 3.1.4).

- O **Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade/PNPA** 2006-2015 (Resolução CM n.º 9/2007), inclui entre os objectivos para o período até 2010, ao nível da Habitação (n.º 2.2.2 do Anexo): “Garantir, em conformidade com o disposto no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto²³, um nível mínimo de acessibilidade em todos os novos edifícios habitacionais e fogos, que permita o acesso e a visita de pessoas com necessidades especiais e a habitabilidade após a realização de alterações de carácter não estrutural; Apoiar a adaptação de habitações e edifícios existentes cujos moradores tenham necessidades especiais de acessibilidade”. A correspondente Medida 2.2., prevê como acções: a) “implementar e acompanhar o disposto no Decreto-Lei n.º 163/2006”; b) “estudar um programa de apoio à adaptação de habitações”; c) “revisão do regime jurídico da propriedade horizontal” de modo a flexibilizar as necessárias adaptações às partes comuns dos prédios.

O PNPA contempla naturalmente outras áreas, ocupando-se da “acessibilidade ao meio físico edificado, aos transportes e às tecnologias da informação e das comunicações, a par da mudança de atitudes da população em geral face às pessoas com deficiência”, incluindo objectivos de planos e acções nessas várias vertentes.

- O apoio à aquisição de **ajudas técnicas/tecnologias de apoio** é objecto de normativos que determinam os montantes e produtos envolvidos, bem como quem os pode prescrever, atribuir e financiar, já que para além do Sistema Nacional de Saúde estão também envolvidas outras entidades (Sistema Supletivo de Prescrição e Financiamento de Ajudas Técnicas)²⁴.

- No que toca em particular às tecnologias de informação e comunicação têm vindo a ser promovidas iniciativas que atendem também às necessidades das pessoas idosas – designadamente no quadro do “**Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais na Sociedade da Informação**” (Resolução CM n.º 110/2003).

Naturalmente o papel central que as condições de habitação podem desempenhar na manutenção da independência/ autonomia e, ao limite, na viabilização ou não da permanência no domicílio/na comunidade, não se esgotam nas características do edificado sendo de destacar em particular as potencialidades crescentes da **tecnologia** em aspectos como a segurança, conforto, apoio à realização das tarefas diárias e até cuidados de saúde. Não se dispo de dados nacionais sobre estes temas, a genérica debilidade de recursos dos mais velhos, concretizando-se inclusive num menor acesso ao mais básico equipamento de apoio ao trabalho doméstico (e.g., 47% de idosos a viver sós não tinha máquina de lavar em 2000-IOF) leva a supor um muito insuficiente aproveitamento deste tipo de potencialidades.

Outra vertente de interesse na questão habitacional é a da sobrecarga económica que pode comportar para as famílias – um problema que efectivamente afecta grande parte da população idosa (70% ou mais dos agregados de 1 ou 2 idosos, um valor mesmo assim tendencialmente inferior ao da generalidade dos portugueses - Eurostat-2001). É que, mesmo habitando com frequência em casa própria já paga ou com rendas baixas, os reduzidos rendimentos dos mais velhos tornam proporcionalmente mais pesadas as despesas com a habitação – as quais, quando se inclui água, electricidade, etc., se revelam, aliás, o principal tipo de despesa nos agregados com representante de 60+ anos (31%, IDEF-2005/06), tendo para mais sofrido um agravamento face a anos anteriores.

Dadas todas as dificuldades constatadas, é interessante notar que a maioria dos portugueses mais velhos (77%) se revelam mesmo assim satisfeitos com a sua casa (ainda que numa proporção muito inferior aos 94% observados na EU15 – EB.62.2-2004).

Será talvez relevante evocar a enorme importância de que a casa se pode revestir para as pessoas idosas, não só em termos práticos, enquanto contexto principal e às vezes único, ou quase, de vida quotidiana, mas também subjectivos – como tão bem ilustram vários dos depoimentos recolhidos entre

²² O PAIPDI foi criado pela Resolução CM n.º 120/2006 e revisto na Resolução CM n.º 88/2008.

²³ O Decreto-Lei n.º 163/2006, que vem substituir o Decreto-Lei n.º 123/97, “tem por objecto a definição das condições de acessibilidade a satisfazer no projecto e na construção de espaços públicos, equipamentos colectivos e edifícios públicos e habitacionais”, incluindo a determinação das “normas técnicas a que devem obedecer os edifícios, equipamentos e infra-estruturas abrangidos”.

²⁴ Informação do Instituto Nacional para a Reabilitação (<http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas/>, actualiz. 10-01-2008).

idosos portugueses (*"Eu adoro a minha casa"*). Aí a casa surgiu aliás, em sintonia com o observado noutros países, como um dos principais tópicos valorizados em termos de bem-estar/qualidade de vida, em geral com conotações bem positivas, que incluem *"o conforto de uma casa"* mas também aspectos que vão muito além das características materiais objectivas, superando até as suas deficiências (*"A casa também não é muito capaz, mas..."*). Um aspecto curioso que sobressaiu nesse estudo qualitativo é que embora os entrevistados tendessem a reconhecer a relevância das condições básicas da habitação enquanto determinante da saúde (e.g., *"uma casa que é húmida é sempre uma casa doentia"*), denotaram muito pouca consciência de como os problemas de acessibilidade podem obstar à sua independência e qualidade de vida – inclusive em casos em que a sua própria situação é disso ampla prova (*"há 2 meses que eu não saio de casa, não dou pulado esses (degraus) aí"*).

"...que me deixem estar na minha casinha"

Mas ao limite a importância de permanecer em casa (*"uma casa minha"*), significando porventura a defesa /continuidade da identidade e autonomia, surge por oposição ao temor da eventual necessidade de *"ir para o lar"* (ou de ter que ir viver em casa dos filhos). Uma vertente também bem patente nos testemunhos obtidos – nalguns casos até de forma pungente: *"Eu... sujeito-me a tudo, mas não sair daqui"*.

Também por estas razões é pois de valorizar a relativamente baixa taxa de institucionalização observada entre os mais velhos em Portugal, por comparação com alguns países europeus (apesar da subida observada entre 1991-2001 - projecto FAMSUP). Possibilitar a permanência das pessoas no seu ambiente próprio, com alguma qualidade de vida e o mínimo de riscos de agravamento da situação, exigirá, no entanto, não só a disponibilidade dos necessários cuidados continuados ao domicílio mas também eventuais adaptações da habitação. Trata-se de evitar situações como a da entrevistada, de escassos recursos económicos e vivendo só, que após AVC e alta hospitalar voltou a casa, sem apoios institucionais além da fisioterapia: *"A casa de banho é no quintal. Sabe o que eu que eu fiz? Pus umas passadeiras no arame que estendia a roupa; e então ia na cadeira de rodas, agarrava-me ali – e ia () ... a cair no quintal..."*.

Na conceptualização de Habitação perfilhada pela OMS (como também no PNS) inclui-se igualmente a esfera mais alargada da zona de residência. Esta – e de modo mais geral as condições ambientais locais –, influenciam a saúde e possibilidade de autonomia e permanência dos mais velhos no seu espaço habitual de vida, assim como o seu bem-estar e acesso a recursos diversos (incluindo redes interpessoais).

Múltiplas são as vertentes relevantes e escassa a informação obtida. Quanto às dimensões mais clássicas da saúde ambiental, os elementos reunidos apontam problemas nacionais nalguns parâmetros de poluição atmosférica (e.g., exposição urbana a PM10 superior em quase 33% à média europeia em 2004 -Eurostat) – que, lembre-se, pode ser especialmente nociva para as pessoas mais velhas. Indicam também frequentes queixas quanto ao ruído (maioritárias entre os portugueses idosos: 55%, contra os 34% da EU15 – EB. 123-2002). E revelam condições de saneamento e, eventualmente acesso/qualidade de água canalizada, ainda deficitárias (e.g. mais de um quarto da população nacional não servida por drenagem ou tratamento de águas residuais, em 2006-INE) .

Se, de um modo geral, os factores ambientais parecem ter um lugar marginal nas explicações causais da saúde por parte dos idosos entrevistados, este tipo de factores quando ligados à poluição (atmosférica, da águas, etc.) recebe, ainda assim, frequente reconhecimento. Associa-se nomeadamente ao enaltecimento das vantagens da vida em meio rural, por contraposição às condições urbanas (*"Dantes, quando eu vim para cá, poucos carros havia e havia ar melhor. Mas o melhor ar é o do campo"*). Verificam-se também preocupações de alguns a nível de segurança alimentar (*"as comidas estão todas envenenadas, praticamente"*).

Por outro lado, aspectos como a facilidade de acesso a infra-estruturas várias, que certos entrevistados evocam como vantagem relativa dos meios urbanos (embora sem necessariamente lhes reconhecerem relevância para a saúde), são de difícil caracterização objectiva à escala nacional. Importará porém melhor investigar/ monitorizar estas

*"...estamos mais perto [numa] emergência para nos socorrer"
"...um cafezinho ali ao pé..."*

questões, já que a existência, numa escala de proximidade, não só de serviços de saúde e sociais, como de muitas outras "estruturas de oportunidade"– e.g., comércio, espaços de convivialidade, de actividades/

ocupação, aprendizagem, participação comunitária e cívica, etc. – tem grande repercussão potencial na saúde, autonomia/ independência, participação e integração social das pessoas mais velhas. Ora há estudos que apontam precisamente o risco acrescido da população idosa residir em zonas onde a carência de infra-estruturas diversas seja maior – nomeadamente face aos processos de desertificação territorial, que em Portugal criaram, por exemplo, em meio rural, regiões que se destacaram na “tipificação das situações de exclusão” elaborada pelo ISS (2005), como territórios “envelhecidos e desertificados” ou “envelhecidos e economicamente deprimidos”.

Vertente complementar desta questão é a adequação da rede de transportes públicos – tanto mais que serão uma minoria os agregados de idosos nacionais a dispor de carro ou outro veículo motorizado próprio (IOF, 2000) – necessidade que não estará assegurada, na opinião de mais de um quarto dos portugueses

“Tenho o passe, desço-me onde quero, ponho-me a cavalo onde quero. Ó! ando satisfeito!”

de 65+ anos (EB. 62.2-2004). Assinale-se que é aqui de atender aos percursos disponíveis, mas também a requisitos de acessibilidade física (ao que tudo indica, ainda deficitária) e outros, como horários, custos, etc. Alguns destes aspectos foram mencionados nos depoimentos recolhidos

– que revelam expressivamente, por outro lado, a importância que pode assumir o acesso a transporte, em termos pragmáticos (e.g., acesso a serviços de saúde e comércio), mas também ao nível da autonomia e bem-estar das pessoas.

No entanto, estudos europeus indicam que andar a pé é a principal forma de mobilidade dos cidadãos mais velhos (Mollenkopf *et al.*, 2004) – de resto de incentivar pelos seus

“A minha (distracção) é aquela coisa de andar!, andar.”

benefícios enquanto importante forma de actividade física. Mais uma vez, escassos dados quantitativos e qualitativos analisados concorrem, ainda assim, para sinalizar alguns obstáculos e facilitadores de

uma máxima utilização e mobilidade nos espaços públicos. Um clima ameno e percepções de insegurança/ criminalidade não particularmente elevadas serão exemplos de aspectos favoráveis no nosso país. Já a degradação de edifícios e paisagem, especialmente frequente em Portugal, e a insuficiência de zonas verdes e de recreação (entre outros aspectos de planeamento/ *design* urbano e acessibilidade que não foi possível caracterizar) poderão desincentivar tais actividades. Merecerá destaque – e investigação adicional... – a valorização espontânea, por vários entrevistados, das oportunidades de contacto com a natureza como importante fonte de bem-estar e até como estratégia de saúde – seja o

“Tenho a minha mini horta e o meu mini-jardim! Não faz ideia, para mim aquilo é um escape”

desfrutar de uma vista agradável, um jardim, ou um passeio, ou ainda a satisfação (e utilidade) do cultivo de uma horta/plantas (Caixa 17). Outro aspecto comentado nalgumas entrevistas é a relevância da zona de residência e sua organização em termos de facilitar (ou não) oportunidades de sociabilidade e relações de vizinhança.

Aspecto não detectado nos depoimentos mas sugerido por indicadores do EB 62.0-2004 é a massiva ligação à localidade de residência e satisfação com o seu bairro expressa pelos portugueses mais velhos. Motivo adicional para reforçar a atenção às condições físicas e sociais do ambiente local - não só na perspectiva de *evitar riscos e obstáculos mas também de compensar dificuldades e promover recursos* que contribuam para o atingir “do máximo potencial” de saúde e bem-estar.

6.5.3. Redes, Suporte, Coesão e Participação Social

As **relações interpessoais** são outra área com frequência valorizada pelas pessoas mais velhas como elemento de bem-estar

“Estar em casa, não ter convívio, não contar com pessoas algumas. Tudo isso dá em doença!”

e qualidade de vida (no estudo qualitativo realizado, como na investigação internacional), ao mesmo tempo que constituem um importante determinante da sua saúde. O principal aspecto a sublinhar neste domínio é talvez a grande diversidade de factores relevantes, com complexos e interactivos impactes na saúde, bem como a importante heterogeneidade nas situações concretas de vida e nas necessidades/ preferências individuais – que algumas leituras habituais, mais superficiais (com ênfase muitas vezes na “solidão” dos mais velhos ou na inadequação do apoio familiar), tenderão a encobrir.

“O pior é estar sozinha, mas...”

Viver só nesta fase da vida – uma situação minoritária, e menos frequente em Portugal do que noutros países da UE, mas que abrange ainda assim cerca de um quinto dos idosos, ocorrendo sobretudo entre as mulheres (29%, IE-2006) – constitui sem dúvida um potencial sinalizador de risco. Desde logo, de maior precariedade económica (com destaque para os 40% de taxa de pobreza neste grupo), com as penalizações que tal pode, como se viu, acarretar para a saúde e bem estar. Pressupõe igualmente maiores dificuldades em termos de suporte social quotidiano.

Os dados quantitativos encontraram associações da situação de coabitação sobretudo com o bem-estar. No entanto, para antever repercussões na saúde e bem-estar, importará atender à conjugação de um leque mais amplo de factores e circunstâncias que podem agravar ou minorar essa situação – incluindo padrões diferentes entre homens e mulheres (também observados no presente estudo - dados ESS3-2006) ou a posição socioeconómica (que condiciona o acesso a recursos úteis para enfrentar as dificuldades), entre muitos outros. A sua adequada exploração quantitativa não foi possível com os dados disponíveis, sendo que, da riqueza de circunstâncias – e estratégias pessoais de adaptação – detectadas, mesmo no pequeno universo das entrevistas, valerá talvez a pena destacar:

“sinto a falta do meu marido”

- as perdas/lutos e, em especial, a viuvez, subjectivamente muito sublinhada em várias entrevistas e que a literatura reconhece como um dos acontecimentos de vida mais stressantes, poderá constituir um risco acrescido, envolvendo não só a adaptação a uma mudança de situação (que não se coloca a quem vive sozinho por opção e/ou há longos anos), como ainda a perda de uma relação significativa única;

“satisfeita que tenho os meus filhos aqui ao pé”

- os familiares, com destaque para os filhos, podem, como as entrevistas ilustram, constituir uma fonte de suporte muito presente, ainda que com padrões diversificados, em termos de frequência e tipo de contacto.

Variáveis objectivas, como a distância geográfica, serão fundamentais para a disponibilidade desse apoio, mas haverá também que atender a outras, remetendo para a qualidade das relações. Dados quantitativos nacionais, tanto de natureza demográfica como de avaliação de suporte familiar recebido, são também indicativos de que os idosos portugueses têm, de modo geral, acesso a este tipo de recursos, desfrutando até de uma situação mais favorável que outros países europeus;

“as minhas vizinhas são tudo, tudo o que há de melhor para mim”

- nas entrevistas sobressai ainda o muito relevante papel complementar que outras relações, nomeadamente de vizinhança, podem ter, ganhando especial peso para as pessoas com reduzido apoio familiar. Dados de inquéritos à escala nacional sobre a frequência de contacto com os vizinhos (ou ainda os sentimentos de proximidade face às pessoas na zona de residência), confirmam aliás este como um dos (poucos) recursos em que os mais velhos tendem a ter clara vantagem face a portugueses de outras idades ou idosos de outros países. Observe-se, no entanto, que outros dados, detalhando o suporte social percebido como disponível (e prestado) fora da esfera familiar, não reflectem já situação mais vantajosa do que a de outros europeus – sublinhando a complexidade destas temáticas e a necessidade de atentar tanto à existência de relações interpessoais como à sua qualidade.

Para lá do ênfase que frequentemente é posto no acesso dos mais velhos a suporte social, importa também ter em atenção uma perspectiva de reciprocidade/interdependência nas relações. Embora sejam poucos os dados directos obtidos nesse domínio para os idosos em Portugal, a informação quantitativa sugere que prestam menos apoio a terceiros (dentro ou fora da família) do que sucede noutros países – ao passo que as entrevistas ilustram, por exemplo, o desconforto em receber apoio fora da família (*“tudo o que fizerem é de esmola”*) e, nas relações mais próximas também, a preocupação de *“não pesar”* aos filhos, e mesmo de *“ser-lhes útil”*.

Ainda na mesma linha da importância de considerar não só a existência de relações mas também a qualidade das mesmas, será de atentar ao facto de que a situação de integração familiar (i.e., coabitação com outrem), em que vive a grande maioria dos portugueses mais velhos, se é favorável em termos de potencial acesso a suporte afectivo e instrumental, não é também isenta de eventuais factores de risco para a saúde. Destaquem-se, pela sua gravidade e necessidade de atenção/medidas específicas,

os casos de abuso/ violência doméstica, que incluirão situações associadas à maior vulnerabilidade da idade avançada/dependência física, etc., mas igualmente, saliente-se, outras que representam a continuação de maus tratos conjugais, vitimizando, ao que os dados indiciam²⁵, um número não negligenciável de (sobretudo) idosos, em Portugal.

“... a pensar que ele que melhorava quando fosse para mais velho – mas não”

Numa perspectiva mais ampla de participação social informal, os dados quantitativos nacionais são sugestivos de que a sociabilidade, no âmbito de relações interpessoais dentro ou fora da esfera familiar, embora não universal, constitui um recurso presente para muitos idosos portugueses, nalguns aspectos inclusive com vantagem frente a congéneres de outros países (quase três quartos convive várias vezes por semana, contra 42% noutros países EU15, e 87% tem confidente – ESS3-2006). Tais dados confirmam, por outro lado, a forte associação que estes factores podem ter com a saúde e bem-estar

“faz-me muito bem conversar”

(observando-se significativamente pior saúde subjectiva, mais limitações de actividades e/ou menor prevalência de bem-estar elevado em idosos que convivem menos e/ou não têm nenhum confidente). Outro aspecto que os dados salientam é que, também nesta vertente, a posição socioeconómica será um factor muito relevante, associado a acentuadas desigualdades, assim como o sexo. Por sua vez, as entrevistas revelaram reconhecimento da influência deste domínio na saúde, ao mesmo tempo que produziram abundante evidência qualitativa quanto à diversidade de expectativas, interesses e padrões relacionais. Salientam assim, por exemplo, que se mesmo as mais simples trocas de palavras com vizinhos podem ser valorizadas (“no caminho encontro gente para dar à língua um bocado”), certas pessoas atribuem apreço sobretudo às relações afectivas mais próximas (“há amigos e há conhecimentos”), em geral antigas (“amigos são aqueles que já tinha”), enquanto outras ainda, podem sentir falta de oportunidades de convívio baseadas em similitudes de interesses e/ou participação em actividades comuns (“não há aí grupos sociais em que o indivíduo se possa associar”).

Em suma, diversas vertentes das redes/relações interpessoais (com familiares, amigos, vizinhos, etc.) serão importantes para a saúde dos mais velhos – e por eles como tal reconhecidas. Os dados sugerem que *a maioria dos idosos portugueses tenderá a ter relevantes recursos neste domínio* – porventura nalguns aspectos até superiores aos de outros grupos/países –, embora a nível de suporte social efectivamente disponível talvez contem sobretudo com as relações familiares. A sua distribuição apresenta uma acentuada padronização socioeconómica, penalizadora dos idosos portugueses em situação mais desfavorecida, bem como em função do género – aspectos a ter pois, em conta, enquanto geradores de desigualdades sociais em saúde, atendendo ao papel que tais recursos, tudo indica, terão como determinantes da saúde e bem-estar em Portugal. Torna-se por outro lado importante distinguir as características estruturais – nº de pessoas, frequência de contactos – da sua qualidade (e.g., relações pouco apoiantes ou mesmo fonte de stress e, ao limite, maus tratos), bem como a diversidade de factores (e necessidades/apetências/interesses) a contemplar neste domínio. Serão pois de evitar análises simplistas, bem como soluções monodimensionais – procurando antes, na medida do possível, levar em conta a situação total e a avaliação que a própria pessoa dela faz, criando oportunidades para apoiar e estimular diversas facetas da rede social. A minoria de idosos em situação mais desfavorável (rondando os 15% a 20% em vários indicadores) merecerá naturalmente atenção e apoio prioritários – mas dados os riscos de enfraquecimento futuro das redes existentes²⁶, não deverá ser descurado também o incentivo ao reforço e eventual diversificação das oportunidades de suporte social (mútuo), interacção e participação social informal.

²⁵ Embora sem dados precisos, num tema em que a obtenção de informação é difícil, concorrem, como se viu, elementos da literatura internacional (4 e 6% de prevalência de abuso e negligência em contextos domésticos, segundo a OMS), e, quanto a Portugal, dados das queixas apresentadas na APAV (e.g., 84% das vítimas 65+ anos são mulheres e 79% dos crimes reportados contra idosos são de violência doméstica) e das próprias entrevistas realizadas, para sugerir que este será um problema a ter em conta também no contexto nacional.

²⁶ Refere-se aqui não só a componente de apoio familiar mas também, por exemplo, as relações de vizinhança. Para a primeira a evolução global, ressalve-se, apresenta-se difícil de antecipar, dependendo de factores múltiplos com tendências possivelmente divergentes (v.g., Felicie, 2006a; Tomassini *et al.*, 2004). Quanto à segunda, poderá ser por exemplo afectada por padrões de urbanização e alterações em factores culturais – como sugerem as entrevistas, que comentam as implicações de características urbanas para os contactos com vizinhos, ou os dados do ESS3-2006, que indiciam mais entretajada na área de residência em meio rural (RF 2,3) ou entre idosos de mais baixa escolaridade.

Finalmente, no que toca à esfera mais ampla do ambiente social, entre as variáveis estudadas refiram-se brevemente os dados relativos à dimensão de coesão ou capital social (CS). Esta - ao contrário do genericamente observado para o plano mais próximo das relações interpessoais - apresenta-se em diversos aspectos como uma área de significativa fragilidade da sociedade portuguesa em geral, com reflexo também nas camadas mais velhas. Observaram-se, de facto, valores bastante inferiores a outros países europeus no que concerne à confiança interpessoal, à confiança institucional e à satisfação institucional (i.e. a componente cognitiva do CS - de normas, atitudes, etc.), bem ainda como em várias práticas de participação comunitária e cívica/política (a vertente estrutural). No entanto, esses mesmos dados sugerem que, afastando-se do que tem sido observado para muitos outros países (na investigação internacional e, de novo, neste estudo com base no ESS3-2006), a associação destas variáveis com a saúde dos portugueses idosos se revela, a nível individual, pouco significativa: a participação cívica e comportamento pró-social, assim como a confiança interpessoal, tendem a não mostrar relação com a saúde e bem-estar, e só a satisfação e confiança institucionais apresentam tais relações como significativas, ainda que tendencialmente fracas. Tal poderá hipoteticamente ser sugestivo do especial interesse de atenção no plano nacional à dimensão de CS “de ligação” (Szreter, Woolcock, 2004), que enfatiza a qualidade das relações verticais entre os cidadãos e as instituições (com destaque para o papel decisivo que aí tem o Estado) - e que, de resto, poderá ser um importante determinante também de iniquidades em saúde. O que não invalida, naturalmente, o interesse das demais dimensões - tanto mais que todas as variáveis de CS cognitivo exploradas se apresentaram fortemente relacionadas com a saúde da população europeia mais velha agregada à escala nacional/societal (com os países com valores mais elevados de CS a revelar também melhor saúde subjectiva). Outros indicadores considerados sugerem que os níveis de CS poderão ser, entre nós, mais favoráveis no plano da comunidade local/ nível “meso” (e.g., sentimentos de pertença à localidade, percepção de entreajuda e proximidade face a residentes na mesma zona). Em qualquer caso, a adequada exploração de todo este tipo de dimensões ambientais apela a metodologias de natureza distinta das que foi possível aplicar no presente estudo, nomeadamente à utilização abordagens ecológicas e estudos multiníveis, contemplando não só informação a nível individual mas também propriedades contextuais/colectivas, do nível local ao macro social.

Uma menção ainda para as questões do preconceito etário/ageism, ainda que sejam poucos os dados analisados a este respeito. A reduzida frequência com que os portugueses mais velhos percebem tensão entre idosos e jovens (9%, uma das mais baixas na EU15 - EQLS, 2003) ou se consideram discriminados em função da idade (2%), e porventura também os níveis positivos de respeito/reconhecimento que sentem receber (ESS3-2006), atestam a favor de uma situação nacional favorável em termos de não conflitualidade face a esta geração - que será talvez reforçada pela atenção prioritária que grande parte dos portugueses (45%) considera que o Estado devia prestar a este grupo (Cabral *et al.*, 2002). No entanto, tais elementos não invalidam a eventual prevalência de preconceito com outro tipo de contornos, até aparentemente “benévolos” - como sejam estereótipos e práticas infantilizantes ou outros modos de desvalorização e discriminação mais insidiosos (que, de resto, quando internalizados pelos próprios visados, não serão como tal ressentidos). Sem dados nacionais representativos a esse respeito, são sugestivas de uma situação desse tipo - e do interesse de aprofundar o estudo dessa questão - as generalizadas (e “excessivas”) referências dos entrevistados à idade como explicativa de problemas e limitações e as (muito) negativas expectativas e imagem que genericamente parecem associar a esta etapa da vida. Velhice e envelhecimento, dir-se-iam essencialmente conotados com perdas e morte: “*eu já tenho 76 anos, agora é só descer! Mas que futuro é que eu vou pensar ou desejar daqui para frente?*!” ... e com surpresa

“Não vê os anos que eu tenho? Isto agora já não dá nada!”

quando assim não é “*nunca pensei chegar a esta idade que tenho e ainda fazer a minha vida normal!*”.

Por seu lado, as questões da criminalidade e insegurança envolvem a necessidade de uma leitura complexa, já que mesmo com experiência próxima de crime ou sentimento de insegurança no bairro, igual ou inferior à de outros europeus idosos, os portugueses que têm esse tipo de preocupação tendem a reportar um maior efeito desse medo na sua qualidade de vida. Tais variações no medo do crime, entre idosos, têm sido explicadas na literatura com base em factores diversos, remetendo tanto para características individuais e sociodemográficas, como da zona de residência.

6.5.4. Factores psicológicos

As significativas fragilidades na saúde mental dos idosos em Portugal identificadas pelos dados quantitativos (Caixa 3), mas também os testemunhos dos entrevistados no estudo qualitativo, nomeadamente em termos do seu entendimento e estratégias de saúde e bem-estar, concorrem para realçar a potencial centralidade de **factores psicológicos** no quadro da saúde global e qualidade de vida desta população – mesmo em contra-corrente à orientação inicial deste trabalho, que privilegiava a atenção a determinantes sociais e ambientais em desfavor dos

“O português é muito pessimista”

Mais de 40% da população de 65+ anos tem resultados, na escala MHI-5, que se equacionam com sofrimento psicológico

factores individuais mais habitualmente estudados... O facto de tantos idosos portugueses experimentarem emoções/ afectos negativos, sendo também uma minoria os que vivenciam níveis elevados de afectos positivos –

este último um fenómeno talvez ainda mais específico dos portugueses mais velhos – são sinais de uma saúde mental longe do estado de “florescimento”/ *flourishing* almejável. Um problema que requer atenção urgente, dadas não só as suas implicações directas para o bem-estar e qualidade de vida, como os riscos que acarreta para a saúde física e funcionalidade, que a literatura evidencia e as associações encontradas no presente estudo suportam.

Os testemunhos directamente recolhidos ilustram bem quer a pouco expressiva vivência de satisfação/ felicidade, quer os frequentes sentimentos de tristeza e ansiedade/ preocupação que os dados quantitativos convocam. Constituem, aliás, os “pensamentos maus/ preocupações/ nervos” um determinante da saúde frequentemente reconhecido pelos entrevistados, sendo o “pessimismo” um factor evocado por estes inclusive como explicativo da pior saúde dos portugueses. Se o cansaço, sensação de esforço e aborrecimento que os inquiridos revelam ainda mais prevalentes não são captados de forma evidente pelas entrevistas, estas falam em contrapartida do risco de se “deixar cair/ir” e enaltecem a “energia/força (de vontade)/coragem” como factores essenciais para a luta constante que o dia a dia envolve.

“Eu já não espero melhores dias, agora já só espero piores”

A procura das causas subjacentes a este reduzido bem estar subjectivo dos idosos portugueses, apontou, como hipóteses a merecer destaque, a (precariedade) das condições de vida deste grupo e os problemas/ limitações de recursos e oportunidades com que se deparam – incluindo também a influência, num processo recíproco, do próprio estado de saúde e funcionalidade, bem como a provável implicação de outros factores pessoais não modificáveis. Mas características e estratégias psicológicas desempenharão também lugar de relevo na percepção e reacção às situações objectivas e, conseqüentemente, na tradução que estas terão nos afectos, nos comportamentos e finalmente na saúde/ bem-estar global. É aliás essa uma perspectiva que se destacou em várias entrevistas: a vida como uma série de dificuldades e a reacção de cada um, idealmente impulsionada pela coragem e força de vontade, como (o principal) recurso para as enfrentar e logo determinar a saúde/BE (um tipo de explicação “voluntarista” que se designou “força da mente”).

Os dados quantitativos analisados são manifestamente insuficientes para a caracterização adequada do funcionamento psicológico dos idosos nacionais, mas permitem mesmo assim uma superficial exploração de alguns factores²⁷. A (percepção de) controle, o optimismo/pessimismo, e, mais genericamente, uma estratégia associada ao que se designou como “actividade significativa” destacam-se como candidatos a um papel importante na saúde e bem-estar desta população. Todos eles revelam, no presente estudo, significativas e, em geral, fortes associações com os resultados de saúde, funcionalidade e bem-estar (ESS3-2006)²⁸, como a revisão de literatura globalmente fazia antecipar, e parecem interligar-se com temáticas que têm também destaque no modo como as pessoas idosas entrevistadas pensam essas questões (Caixas 11 e 12). Ora apesar de, pelo que se pôde avaliar, tais recursos até estarem actualmente presentes, em níveis médios positivos, entre os portugueses 65+ (excepto no tocante ao “optimismo face ao futuro”), serão mesmo assim aspectos a visar para possível melhoria, atendendo aos piores resultados

²⁷ Sublinhe-se que os itens que foi possível utilizar no corrente estudo para esse fim não estão cabalmente documentados como adequada operacionalização dos conceitos em causa – sendo aliás, nalguns casos, claramente insuficientes para captar a complexidade dos mesmos (e.g., controle percebido).

²⁸ A excepção, ao nível destas associações generalizadas é o item “livre de decidir como viver a sua vida” – tomado como operacionalização de autonomia/controle – cujos Odds Ratios, quanto ajustados para as variáveis demográficas só se mantêm significativos no que toca à relação com a Saúde má.

comparativos face a outros países europeus e ao notório agravamento com a idade constatado a nível nacional. Essa mesma desvantagem se observa ainda com outros recursos psicológicos, ligados à auto-estima e resiliência (ESS3-2006), merecendo pois igualmente atenção. A acentuar a margem para ganhos nestas áreas – e o imperativo de os procurar – estão as assinaláveis desigualdades socioeconómicas e outras iniquidades que, de um modo geral, se associam a estes indicadores e sugerem que tais fragilidades psicológicas podem ser, também elas, sensíveis às condições de vida experimentadas.

Caixa 11

“Não quebrar, não cruzar os braços”

A temática do controle parece incontornável em saúde: vital, por definição, para a promoção da saúde e no quadro dos processos de *empowerment* (onde é aprofundada); acumula-se, além disso, evidência da relação de conceitos que lhe são próximos, com a morbilidade, mortalidade, (in)capacidade, bem-estar subjectivo e múltiplos aspectos do funcionamento das pessoas idosas. Mais recentemente é também evocada como via para desigualdades sociais em saúde. A informação extensiva obtida na presente investigação quanto à vertente psicológica/ subjectiva do conceito – o “controle percebido”, ou conceitos próximos, como autonomia –, foi escassa mas sugestiva de um possível défice da população portuguesa mais velha neste plano (31% com falta de “autonomia/ liberdade de decisão” – subindo para 47% entre os com mais dificuldades económicas – por comparação com os 19% noutros países – ESS3-2006). Por sua vez as entrevistas realizadas alimentaram a hipótese de que este seja um tema central, estruturante, a um nível implícito, de vários aspectos do pensamento dos idosos sobre a sua saúde. Destaca-se aí a importância que parece assumir para as pessoas o poderem reter algum grau de controle sobre a sua saúde (e, através desta, sobre a sua vida) – mas também a diversidade de maneiras pelas quais poderão tentar salvaguardar a (percepção de) controle, incluindo a (sobre)valorização do papel dos factores pessoais, ou mesmo, ao invés da acção directa sobre o meio, reavaliações, modificação de aspirações e outros ajustamentos do próprio indivíduo às circunstâncias²⁹. É assim que, ao limite, se já não se controla a saúde e factores que a condicionam, resta ainda uma área de influência “agência”: a *“coragem! para cada um levar a sua cruz”*.

Caixa 12

“às vezes a coragem também vence certas coisas”

O optimismo e o pessimismo (possivelmente dimensões distintas), cuja associação com inúmeros resultados de saúde (mortalidade, imunidade, sintomatologia, funcionalidade, etc.) tem sido assinalada pela investigação internacional, receberam inicialmente atenção neste estudo a partir do destaque que os entrevistados deram aos pensamentos negativos/preocupações e à importância de *“não se deixar abater”, “reagir sempre”, “lutar” e “ir para a frente”*, fazendo uso de *“coragem/força (de vontade)”* – aspectos que terão eco na “atitude positiva” valorizada também por idosos em estudos qualitativos noutros países. Os dados do ESS3-2006, ainda que unicamente através de um item, em que um pouco menos de metade dos portugueses mais velhos se mostra “optimista quanto ao seu futuro” (por contraste com quase 2/3 de outros europeus), concorrem para a ideia de que seja uma área problemática para esta população.

“acho bem as pessoas trabalharem, correrem, andarem, fazerem tudo – porque assim não pensam na vida”

Interessante foi a identificação estatística de um factor em que esse item se conjuga com outros que, embora aparentemente algo heterogéneos, remetem, dir-se-ia, para um investimento positivo e activo no futuro e no presente. O índice “actividade significativa” assim criado, com importante correlação com o de Bem-estar global e associações vincadas com os principais resultados de saúde, dá força à hipótese, formulada nos próprios testemunhos de idosos, de que o envolvimento em actividades/ocupação, com estreita interligação com manter uma atitude positiva, será um recurso de saúde /bem-estar de relevo para os portugueses mais velhos. Tendo também neste indicador resultados aquém dos de outros europeus (embora mais próximos do que noutros recursos exploradas), valerá a pena atentar aos itens que parecem congregam mais desvantagem nacional: precisamente o “optimismo”, o sentimento de realização com o que se faz e as oportunidades de aprendizagem. Estes últimos evocam de modo

²⁹ Estes são o que a literatura designa como processos de acomodação ou “controle secundário”, podendo servir, por exemplo, para proteger o “self” em situações em que o “controle primário”/acção directa sobre o meio é vista como impraticável.

mais óbvio a provável implicação neste domínio de factores contextuais e da própria natureza das actividades em causa (aspectos a retomar em 6.5.6). A importância de dinâmicas externas/sociais mesmo nestes factores “pessoais” é apoiada também pela forte relação do “optimismo”, bem como do índice no seu conjunto, com a posição social (ou o local de residência) – um gradiente socioeconómico de resto consistentemente observado para a generalidade das variáveis psicológicas estudadas.

Os factores focados não esgotam evidentemente as variáveis psicológicas potencialmente relevantes – sendo pois este um domínio que merecerá mais extensa investigação, não só na mais tradicional lógica de identificação de factores de risco mas também de recursos para uma optimização da saúde/bem-estar dos portugueses mais velhos.

6.5.5. Comportamentos/práticas de saúde

“A saúde é também cautela que a gente tenha”

Os hábitos tabágicos são relativamente raros entre os idosos portugueses (5% - INS-2005/06), e os alimentares, embora partilhando possivelmente problemas nacionais, como o excesso calórico, parecem ter o mérito de, nesta geração, conservar ainda traços positivos da dieta mediterrânica, como a maior quantidade de legumes, fruta e peixe. Os níveis de actividade física afiguram-se insuficientes para uma proporção importante dos mais velhos e, de um modo geral, o seu envolvimento em actividades com esse fito específico é muito reduzido – mas é possível que, mesmo assim, talvez metade, pelo menos, cumpra os mínimos recomendados, através das suas ocupações e deslocações quotidianas. Assim, embora estas áreas comportamentais sejam com frequência as mais valorizadas em acções de promoção da saúde (Caixa 14) – com lugar destacado (em especial a alimentação) também nas explicações leigas analisadas no estudo qualitativo (Caixa 13) –, os dados obtidos não são sugestivos de níveis de risco compatíveis com a gravidade dos problemas de saúde que se constatarem entre os idosos portugueses. Assim, e embora justificando certamente atenção e intervenção – até porque há sinais que alertam para possível agravamento futuro da situação – este domínio dos estilos de vida, não se destaca, de acordo com os dados disponíveis³⁰, como o mais promissor para grande margem de ganhos de saúde neste grupo da população.

Caixa 13

A **alimentação** é dos factores mais consistentemente reconhecido pelos entrevistados como determinante - em geral “risco” - da saúde. Mas mesmo dentro desse pequeno grupo, sobressai a diversidade nos conteúdos específicos dos conhecimentos e perspectivas das pessoas – enfatizando a importância de evitar abordagens didácticas estereotipadas e de aplicar antes os princípios da educação de adultos na informação/educação para a saúde (v.g. Imel, 1998). Apontam-se, por outro lado, vários factores que podem influenciar a qualidade da alimentação, para além da informação disponível – com destaque, mas não exclusividade, para as limitações económicas. Assinale-se, por outro lado, os sentimentos de culpa e até ansiedade que alguns testemunhos ilustram poder associar-se a estas questões.

“A minha mulher todos os dias: ‘Eu não sei o que coma, eu não sei o que faça’ Pois se ela (que é diabética) pudesse comer tudo, era uma panela de grão com massa, pronto, já estávamos governados. Assim não pode, tem de comer outras coisas. E todas essas coisas são caras”

Também o interesse do **exercício físico** para a saúde é conhecido de boa parte dos entrevistados – aparentemente associado sobretudo a actividades específicas para esse fim –, os quais comentam em vários casos a influência das circunstâncias nestas práticas: sobretudo a oferta existente (crescente) mas também limitações financeiras ou de saúde, por exemplo. Dados quantitativos disponíveis (EB. 58.2-2002) sugerem, por seu lado, que a actividade física dos portugueses mais velhos poderá estar, na prática, essencialmente ligada ao trabalho doméstico e a deslocações, sendo pouco mais de um décimo os que praticam desporto ou actividades recreativas / de lazer com esta componente – para o que efectivamente poderá contribuir a falta de oportunidades locais (mencionadas por mais de 40%).

³⁰ A informação explorada não é, no entanto, suficiente para decisões conclusivas - em especial nas áreas mais complexas dos comportamentos alimentares e actividade física. Sublinhe-se ainda a insuficiência dos dados analisados relativos ao álcool, que não permitem excluir níveis problemáticos de consumo, nomeadamente entre os homens idosos. Outro tipo de comportamentos possivelmente relevantes para esta população – e.g., segurança rodoviária – não foi sequer abordado.

Caixa 14

De valorizar que o **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida** (Disp. nº 1916/2004), uma “abordagem integrada de factores de risco” “com enfoque prioritário no tabaco, álcool, alimentação, actividade física e gestão do stresse”, embora centrado nas “opções individuais” como “questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva”, reconhece também a relevância de “criar condições ambientais, económicas e sociais mais favoráveis à saúde e à realização de escolhas comportamentais saudáveis”. Propõe-se pois avançar com base numa “análise dos determinantes comportamentais e ambientais de cada um dos factores”, atendendo na sua caracterização – e na intervenção – a aspectos como o grupo etário, género, classe socioprofissional, etc. Cria-se assim expectativa de que possa enquadrar estas questões comportamentais num entendimento adequado das circunstâncias específicas dos mais velhos que as condicionam. Já o **PNSPI**, contempla a acção face às questões da “actividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar” ou a “nutrição, hidratação, alimentação e eliminação”, entre outras, simplesmente em termos de “Informar e formar as pessoas idosas”.

As práticas de saúde, em termos de autocuidados mais directamente relacionados com a saúde/ doença - área chave numa perspectiva biomédica – foram pouco abordadas neste trabalho. A informação analisada sugere que nos portugueses mais velhos se tenderá a acentuar a atenção a cuidados de vigilância/ prevenção/ promoção da saúde – mas que estes, mesmo assim, ficarão bastante aquém do desejável, estando longe de ser universais e adequados e revelando, além disso, significativas desigualdades entre grupos sociodemográficos (Caixa 15). Por outro lado, as entrevistas sugerem que as pessoas têm as suas próprias noções sobre os cuidados necessários e que a sua atenção às questões de saúde não se esgota, nem coincide necessariamente, com a perspectiva médica. Esse parece pois um dos muitos aspectos a ter em conta quanto à adesão à terapêutica, um problema habitual nesta população, não explorado no estudo mas provavelmente crítico também entre os portugueses - com factores como o baixo nível de literacia e as dificuldades económicas deste grupo, a constituir obstáculos agravados. A medicação é, em qualquer caso, uma área a justificar destaque – recebendo aliás várias referências no PNSPI (Caixa 16). Mas se aí a atenção parece centrar-se nos potenciais efeitos iatrogénicos e na adequada informação quanto à prescrição e uso da medicação – perfeitamente justificada pela elevada prevalência de consumo de vários medicamentos, provável polimedicação, e longo tempo de utilização, entre outros factores - outros aspectos merecerão ser contemplados, como a articulação com as dificuldades económicas de muitos idosos portugueses 65+ anos. Esta será aliás mais uma via - “dupla” - potencialmente geradora de iniquidades na saúde dos idosos: tanto através do risco de não seguir prescrições médicas por limitações financeiras (referido nas entrevistas e suportado pelos dados de Cabral *et al.*, 2002), como no aumento da precariedade económica resultante dos custos com a saúde (que são 10% das despesas anuais em agregados com idosos, em Portugal, não passando dos 4% na EU15 – Eurostat-2005).

“E o dinheiro que eu ganho tenho que fazer um grande sacrifício para conseguir chegar para os medicamentos – e às vezes nem chega”

“Agora já levo mais cuidado, que tenho muito medo!”

Caixa 15

Metade dos idosos portugueses (mais do que a média nacional) adoptava algumas das acções de “melhoria ou manutenção” da saúde contempladas no inquérito de Cabral *et al.* (2001) – sobretudo o controle da tensão arterial e/ou do peso –, mas mesmo essas **práticas de saúde** se reduzem, por exemplo, para 41% entre os homens e nas pessoas das regiões suburbanas. Mais baixa ainda na população idosa em geral é a prática da vacinação antigripe (menos de 1/5 fê-la em 2005 - 4º INS). Parece igualmente deficiente o acesso a cuidados profissionais de saúde oral – uma área com possíveis consequências múltiplas na saúde e bem-estar dos mais velhos –, já que menos de 1/3 foi ao dentista no ano de referência, havendo inclusive uma proporção não negligenciável que nunca recorreu a estes serviços durante toda a vida (4º INS-2005/06). Quer os dados de Cabral *et al.*, quer das entrevistas sugerem que mesmos os cuidados de tipo preventivo tenderão a merecer mais atenção de forma ‘reactiva’, face ao aparecimento de problemas de saúde. Alguns entrevistados apontam, no entanto, também uma maior informação geral sobre estes temas – “E é toda a gente a avisar, é a televisão a avisar, é os médicos a avisar” -, bem como oportunidades acrescidas, por exemplo para actividade física “Onde é que [antigamente] uma pessoa tinha a possibilidade, uma pessoa nesta idade, de poder pensar em fazer exercício físico?”

Caixa 16

Uma das 3 estratégias do **PNSPI** – “Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas” – inclui recomendações para a acção relativas à medicação: “prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação”; “melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos; adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas”. As duas últimas acções concretizar-se-ão através da orientação técnica aos prestadores de cuidados e a primeira pela informação às pessoas idosas/ famílias – igualmente a estratégia prevista para dois outros aspectos relevantes para o presente tópico: “promoção e recuperação da saúde oral” e “utilização correcta dos recursos de saúde”³¹.

Mas se tal abordagem informativa é sem dúvida importante, é também insuficiente para fazer face a problemas de causas multidimensionais.

De valorizar, nesse sentido, medidas complementares como os “Benefícios Adicionais de Saúde” (DL nº 252/2007) associados ao **Complemento Solidário para Idosos**, que estipulam, para os beneficiários deste subsídio, uma participação financeira adicional, por reembolso, em despesas de saúde com medicamentos (50% do valor não comparticipado) mas também com óculos e próteses dentárias (75%).

6.5.6. Actividade/Participação A “Actividade” é uma lema muito repetido

“Parar é morrer!”

quanto toca às questões do envelhecimento - ainda que nem sempre com o mesmo significado subjacente. Na acepção do “envelhecimento activo” da OMS, e na perspectiva aqui adoptada, conota-se com o sentido mais amplo de **Participação**. Contempla muitas frentes da plena realização do potencial individual, através do envolvimento nas diversas esferas da vida, enquadrando-se na componente mais complexa da Funcionalidade, tal como é abordada na Classificação de CIF (OMS, 2004). Traduz-se pois na consideração de um vasto leque de comportamentos/ acções - e condições contextuais que os influenciam - que, são tomados quer como determinantes da saúde/ bem-estar, quer como expressão dela.

Poder continuar ainda a “fazer as suas coisas”, surgiu aliás no estudo qualitativo como essência da própria saúde – o “Indo e Fazendo/*going and doing*”, também observado noutros países. Paralelamente, a actividade é valorizada pelos idosos entrevistados no quadro de uma lógica de ocupação do tempo, tributária do bem-estar, e, como se viu, em termos de determinante da saúde, enquanto “antídoto” para as preocupações “pensamentos maus” (Caixa 12- Optimismo e “Actividade Significativa”). Os dados qualitativos sugeriram assim relevante relação recíproca entre actividade, recursos psicológicos e saúde mental/ bem-estar; e ainda o importante papel potencial deste conjunto de factores na saúde global dos idosos. Relação com a saúde e bem-estar que os dados quantitativos em parte corroboram, atendendo às fortes associações encontradas entre resultados globais de saúde e o índice “Actividade Significativa”.

Dois aspectos se poderão ainda realçar, com base nos testemunhos recolhidos, que parecem ecoar a argumentação empírica e teórica existente para atentar tanto ao nível, como ao tipo de actividade/ participação dos portugueses mais velhos:

- o valor intrínseco da actividade (e “ocupação”), independentemente quase, dir-se-ia, da natureza concreta desta – importa sobretudo “Fazer qualquer coisa!”, “Eu nunca estou parada, nunca, nunca - a cabeça tem que fazer, eu tenho que estar a fazer /mexer”, “parar é morrer! se uma pessoa se estiver a mexer vai escapando.”
- mas, simultaneamente, a expressão de apetências específicas por certas actividades (com potenciais repercussões também distintas, segundo a literatura), observando-se interesses e necessidades bastante diversificados, consoante os indivíduos, e possivelmente também o seu nível educativo, experiências socio-culturais, etc. – desde “governar aqui o meu ambiente”, “as voltinhas da casa” até “jogar mão das coisas que nos dão algum prazer” e “poder ajudar” ou, “conviver” e, simplesmente, “estando aqui assim aborrecido pego em mim, vou por aí”.

E em ambas as vertentes, mas talvez sobretudo na segunda, parece haver margem para melhoria – embora seja uma área a requerer mais sistemática e actualizada caracterização. Com base nos dados qualitativos e quantitativos/extensivos de natureza mais descritiva (ocupação de tempo e lazer, itens de “actividade significativa”, etc.), pode-se avançar a hipótese de que os idosos portugueses até mantenham um importante nível de actividade: trabalham até idade mais tardia do que noutros países europeus, dedicam bastante tempo diário a tarefas domésticas e deslocações, apresentam níveis razoáveis de

³¹ O PNS, no que toca a esta “fase do ciclo de vida”, contempla ainda o aumento da cobertura da vacinação contra a gripe, não especificando porém o tipo de intervenção envolvida.

sociabilidade e, sobretudo entre as idosas, de participação social (em práticas ligadas à igreja). Mas, em contrapartida, têm poucos interesses ou actividades de um outro tipo, que se poderá talvez considerar de natureza “hierarquicamente” mais complexa: educativas, culturais, recreativas ou ainda associativas/comunitárias, cívicas, políticas (embora variando também conforme os conteúdos específicos). Hipotetiza-se que um tal padrão de ocupação poderá implicar que, mesmo assegurando níveis razoáveis de actividade – por exemplo, nas rotinas diárias e interacção social –, a natureza destas não propicie tão facilmente sentimentos de realização (item em que os portugueses eram comparativamente “deficitários” no índice de “actividade significativa”) e/ou “afectos positivos” e florescimento psicológico (em conformidade, por exemplo, com os conceitos de Actividade Intencional ou de Envolvimento Vital e Significado)³². O não “exercício” de determinadas vertentes de participação implica, para além disso, o inevitável coarctar de benefícios específicos dessas actividades – de que pode ser ilustração a estimulação cognitiva decorrente de actividades com uma componente intelectual ou a possibilidade de exercer mudanças favoráveis (e empoderadoras) em condições externas que afectam a saúde, através de acção comunitária colectiva.

Aumentar e diversificar adequadamente o nível e natureza da participação dos idosos portugueses, maximizando ganhos para a saúde, bem-estar e *empowerment*, requer certamente uma abordagem multifacetada, sem qualquer receita universal, mas os dados analisados sugerem algumas pistas:

- não haverá um tipo único de actividade que sirva todas as pessoas, todos os interesses e necessidades;
- as oportunidades oferecidas no plano local (e a sua visibilidade e acessibilidade), desempenham, tudo indica, papel importante para a concretização de vários tipos de actividades (ver exemplos em Caixa 17), nomeadamente para as de natureza colectiva (tanto mais que os fracos hábitos nacionais de associativismo/acção comunitária não favorecerão *a priori* a auto-organização dos interessados para as criar);
- características/estados psicológicos, como o “défice de optimismo” ou falta de energia, aparentemente frequentes em muitos portugueses mais velhos, bem como outros factores pessoais como problemas de saúde e incapacidade ou a baixa escolaridade/literacia e fraco rendimento, podem constituir obstáculos individuais à participação;
- existirão ainda obstáculos de outro tipo, que fazem apelo à criação de condições que constituam um apoio específico e incentivo à participação, contornando/compensando as dificuldades existentes: e.g., transportes (podendo ter de incluir acompanhamento); características de planeamento/ordenamento urbano que propiciem actividades exteriores e interacção social; redução/eliminação de custos financeiros; divulgação e/ou funcionamento em moldes adequados aos baixos níveis de literacia de boa parte desta população; modificação progressiva de exemplos e normas culturais; oportunidades de desenvolvimento de auto-confiança e/ou competências que são pré-requisito para algumas formas de participação; intervenção prioritária em períodos que podem ser críticos para a criação/alteração de hábitos (e.g., viuvez, reforma).

Caixa 17

Os dados sugerem algumas áreas de Actividade/Participação com potencial para desenvolvimento:

- **Actividades educativas:** Se o envolvimento actual dos mais velhos em acções educativas/formativas parece ser muito baixo (pelo menos para as actividades formais, mais documentadas), os dados qualitativos e quantitativos convergem para sugerir um significativo interesse (59% “adora aprender” - ESS3-2006, sendo a “aprendizagem ao longo da vida” a 4ª área específica num *ranking* de possibilidades de envolvimento/lazer - EB 60.1-2003), que as estruturas existentes não conseguirão satisfazer (só cerca de um terço reconhece ter oportunidades de aprendizagem - ESS3-2006). As muito acentuadas desigualdades socioeconómicas (mas também geográficas, de género e etárias) observadas, quer para o interesse, quer, mais ainda, para as oportunidades de aprendizagem dos idosos portugueses (ESS3-2006), relembram as reconhecidas dificuldades acrescidas que as pessoas mais desfavorecidas noutros planos (escolar, rendimento, posição social, saúde, etc.) enfrentam também no que toca à participação educativa. As significativas associações desses itens com os seus resultados

³² Qualquer destas duas abordagens pressupõe que os benefícios podem advir de diversos tipos de actividades, embora algumas características destas sejam relevantes e/ou facilitadoras de resultados positivos. Por exemplo o envolver algum grau de desafio face às capacidades actuais do indivíduo é uma das vertentes que promove o estado de *flow*/estar absorvido, ingrediente do envolvimento vital/*vital engagement* com a actividade e com o mundo (Nakamura, Csikszentmihalyi, 2003). Tal como a correspondência com motivos/metapessoais ou a possibilidade de variar/não monotonia nas actividades contribuirão para ganhos sustentados de felicidade (Lyubomirsky *et al.*, 2005).

de saúde e bem-estar, crescem a importância que ultrapassar tais obstáculos pode ter - até pelo potencial da educação/ literacia como recurso para quebrar o ciclo de desvantagem e exclusão.

Torna-se pois essencial a oferta de oportunidades adequadas aos vários públicos – incluindo a enorme percentagem de não escolarizados, mas também o

“Eu gostava de ter deslocação boa! (Se tivesse) gostava de ir aprender mais, estudar mais”

crescente número de pessoas idosas com nível sociocultural e expectativas mais elevadas. Indispensável será atentar em simultâneo às diversas barreiras que se podem colocar ao envolvimento. A qualidade dos processos educativos e os conteúdos visados são também de relevância para a promoção da saúde – nomeadamente no sentido de aproveitar o interesse que, por exemplo, os entrevistados com frequência testemunharam face às questões da saúde, ou o potencial empoderador e de desenvolvimento de literacia crítica de métodos adequados de educação de adultos. O contexto educativo pode ainda ser o ponto de partida para exposição a novos tipos de experiências, que poderão incentivar a diversificação de actividades e interesses – por exemplo, no campo artístico, que os dados indiciam praticamente inexplorado pelos portugueses mais velhos, apesar dos testemunhos ilustrarem, por exemplo, apreço por trabalho manuais tradicionais e abertura a novas áreas. As actividades educativas em grupo têm ainda o mérito mais genérico de proporcionar contactos interpessoais e mobilizar/ocupar o dia a dia.

• **Actividades recreativas, culturais, associativas, desportivas** existentes: Os dados sugerem que os portugueses mais velhos envolvem-se menos em várias destas actividades do que os grupos etários mais novos – nalguns casos porque nunca o fizeram, tratando-se de hábitos e interesses não desenvolvidos em fases anteriores da vida, mas noutros casos correspondendo a um decréscimo de participação por razões diversas. Motivos que, nalguns casos, poderão ser superáveis, com os adequados apoios e/ou remoção de obstáculos: com destaque para os económicos e os problemas de deslocação, mas

“Não posso ir a um café, não posso ir a um cinema. Eu não posso ir a lado nenhum! porque aasto dinheiro”

também, por exemplo, a falta de companhia e as limitações de saúde/ funcionalidade.

• **Contacto com a natureza e jardinagem:** Um aspecto para que os testemunhos recolhidos chamaram a atenção e a investigação internacional – ainda que incipiente – vem confirmando, é o dos múltiplos benefícios que os idosos podem retirar de actividades exteriores - “É necessário dar uma volta!” - e, em particular, do contacto com a natureza: “(se tivesse transporte) la para os jardins, que eu gosto muito de flores, de campos”; “vou ali olhar (o mar) à doca e parece que sinto alívio”. Para tal contribui, como exemplificam as entrevistas, a possibilidade de acesso a espaços naturais adequados (e o bom clima!), mas também a existência de zonas verdes urbanas e ainda a disponibilidade de jardim/quintal ou, mais simplesmente, varanda em casa (“metida naquela casinha, eu quase não via sol, não via nada. Não tinha varanda, não tinha nada... Eu vim para aqui, vim para o céu!”).

Mas se nomeadamente as áreas verdes podem ter vantagens decorrentes seja do simples apreciar da visão/ proximidade, seja, por exemplo, do incentivo à actividade física, há ainda a considerar o potencial especial das actividades de jardinagem/ horticultura. Para lá dos mais óbvios méritos em termos de exercício, alguns depoimentos são eloquentes quanto ao prazer e outros proveitos, inclusive económicos, que se podem retirar desta actividade: “Adoro as minhas plantinhas!”.

“todas as pessoas deviam de ter um bocadinho de terra para se alimentarem, para cultivarem. Andavam entretidas, não (pensavam)”

• **Actividades de utilidade social:** Os dados quantitativos sugerem níveis de participação comunitária, cívica e política dos idosos portugueses deficitários, por comparação com outros países, e pautados por desigualdades sociodemográficas relevantes – mas que, para os indicadores analisados (ESS3-2006), não apresentam relações de peso com a saúde a nível individual, ao contrário do que é mais habitual constatar-se na literatura sobre capital social. Mesmo os comportamentos de prestação de apoio informal poderão ser menos frequentes entre os idosos portugueses do que entre outros europeus.

É possível que, por razões de ordem cultural e/ou outras, estas várias formas de participação social (do voluntariado ao activismo cívico e político, passando pelo apoio prestado informalmente e o envolvimento em acções comunitárias e associativismo) sejam menos relevantes para o bem-estar dos idosos em Portugal. Em todo o caso, alguns entrevistados expressaram a satisfação em “ajudar”, o desejo de “poder ainda ser útil”, ou, mais simplesmente, manifestaram que “*interessa-me do bem estar das pessoas: mas como é que eu não sei!*”, sugerindo que, em parte dos casos, poderá estar em causa falta de condições (externas e internas), mais do que a irrelevância pessoal desse tipo de práticas. Por outro lado, algumas vertentes de participação são requisito objectivo de acesso a certas formas de poder e meios

de influência sobre factores que afectam a qualidade de vida e saúde, constituindo expressão básica de cidadania (ver 6.6). Torna-se pois um imperativo de ordem ética a redução de desvantagens dos mais velhos neste plano - ainda que sem desrespeitar a diversidade e preferências pessoais e culturais. Nesse esforço tenderá a ser um bom ponto de partida valorizar os modos de participação em que este(s) grupo(s) se distingue pela positiva. Facilitar a continuação, voluntária, de actividade laboral, em moldes flexíveis, com e sem retribuição económica, tem sido amplamente preconizado noutros contextos e parece poder corresponder aos interesses colectivos e individuais, por motivos diversificados. Vejam-se, por exemplo, os dados relativos ao prolongamento do trabalho, em Portugal, por razões de ordem económica, bem como os depoimentos coligidos que valorizam a actividade profissional. Criar outras oportunidades para as pessoas porem as suas competências ao serviço da colectividade – talvez sobretudo de um modo informal, que seja natural extensão das suas práticas quotidianas – poderá permitir não só directamente o aproveitamento desses recursos mas talvez constituir ainda ponto de partida para formas progressivamente mais diferenciadas de participação. Vejam-se, nos escassos depoimentos, os exemplos de solidariedade de vizinhança, o apoio prestado a título individual em termos de reparações numa associação ou o “jardim público” mantido por um habitante. Em contrapartida, para os casos em que haja já apetência para envolvimento em actividades mais exigentes ou afastadas das práticas habituais, pode ser necessário promover contextos mais favoráveis para acolher a iniciativa individual: como ilustram os esforços, sem sucesso, de outro entrevistado para organizar acções de educação para a saúde ou oferecer a sua competência técnica.

“ajudar, passar a experiência e o conhecimento que eu tenho”

Caixa18

Políticas promotoras da actividade e participação: Ainda que uma das três estratégias do **PNSPI** seja “Promover um envelhecimento activo”, a vertente de actividade/participação, no sentido amplo que lhe é dado no presente trabalho, só é mais directamente contemplada através da recomendação de “Informar e formar as pessoas idosas sobre: manutenção de um envelhecimento activo, nomeadamente na fase de reforma”³³. Para além de excessivamente genérica, parece também, mais uma vez, insuficiente a intenção de “informar/formar”, dado o conjunto de factores que se julgam implicados no tipo e nível de actividade das pessoas idosas.

Mais directamente relevantes serão **medidas de outros sectores**: seja explicitamente visando metas deste tipo, como sucede com valências de acção social dirigidas a pessoas idosas (mas que tendem a centrar-se nos grupos mais desfavorecidos); seja contemplando algumas áreas/actividades e barreiras/facilitadores, com atenção específica para esta faixa etária (e.g. iniciativas de promover descontos para pessoas 65+ anos), ou outras medidas sectoriais, de foro educativo, cultural, desportivo, cívico, etc., não dirigidas especialmente a este grupo (e.g., Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado). Para além das políticas públicas, existem naturalmente iniciativas **privadas** com impacto relevante nestes domínios – como é o caso das Universidades da Terceira Idade ou de movimentos sociais que promovem a participação dos cidadãos (e.g., associações de reformados, de doentes, de utentes, etc.).

6.6. Empowerment e Literacia de Saúde

Para além de ser em si mesmo um determinante da saúde e de equidade, o *empowerment*, entendido como visando um maior controle das pessoas/comunidades sobre as decisões e

acções que afectam a sua saúde, é um princípio crucial em PromS. A avaliação dos níveis/condições actuais de *empowerment* (e poder) da população idosa em Portugal é porém particularmente difícil, atendendo à complexidade do conceito e simultânea escassez de informação nacional.

Ainda assim, algumas vertentes foram exploradas no estudo e muitos dos factores analisados como relevantes para a saúde (6.5 e 6.4) podem também ser vistos como condições básicas ou expressões parciais de *empowerment*. No seu conjunto tendem a confluir para um **perfil de grande fragilidade** no nosso país a este nível, agravado mesmo face ao genérico risco de desempoderamento que a literatura aponta para este grupo etário.

“Os meus filhos (dizem): ‘Pois, você gosta muito de mandar, é por isso que não quer sair daqui (de sua casa)’. Pois com certeza!, mandar em mim...”

³³ Acresce um indicador de avaliação do PNSPI - “proporção de pessoas idosas que mantém contactos sociais, para além dos relacionados com a rotina diária” - que poderá remeter para participação social (embora não se veja ligação clara com as acções recomendadas...).

Quanto ao **controle percebido** – um dos mais usuais *outcomes* de *empowerment*, ao nível individual, psicológico – os dados nacionais disponíveis são, como se viu, sugestivos de significativa margem para melhoria, dada a percentagem comparativamente elevada de idosos que sente não ter autonomia/ liberdade de decisão (ESS3-2006). Em qualquer caso (*Caixa 11*), as entrevistas realizadas corroboram a importância desta temática - nomeadamente em associação com as questões da saúde -, mas sublinham também a relevância de diferenciar controle efectivo (envolvendo a transformação das circunstâncias objectivas) e percepção de controle (que, ao limite, pode ser salvaguardada por alteração no modo de encarar a situação - e.g., já não se espera melhorar a saúde, mas destaca-se a “coragem” e força de vontade para com ela lidar). E embora tal ajustamento interno possa também ser adaptativo, protegendo, como propõem alguns autores, o bem-estar e saúde dos idosos, designadamente quando as oportunidades objectivas de mudar a situação são escassas, é fundamental em PromS maximizar o controle efectivo das pessoas sobre os determinantes da saúde modificáveis.

O que pressupõe, entre outros requisitos, a existência, ao nível individual, de conhecimento, competências e confiança para identificar o conjunto (amplo) desses determinantes e decidir/agir sobre eles – i.e., uma **literacia (crítica) de saúde**. Esta questão foi abordada no estudo qualitativo. Os depoimentos são sugestivos de que as pessoas têm entendimentos complexos, multicausais da saúde (*Caixa 8*) – mas também de que tais concepções, apesar irem além do mais usual ênfase biomédico e comportamental, são, ainda assim, incompletas³⁴. Destaca-se, em particular, um défice de consciência e reflexão sobre as “causas das causas” – como sejam os factores do contexto macroeconómico e político, mas também alguns determinantes sociais intermédios da saúde (e.g., não reconhecimento da influência da educação). Mas, mais ainda, os dados indiciam um importante défice de “literacia dos meios”, traduzido num quase nulo reconhecimento (e/ou capacidade/ motivação) no que toca às possibilidades de acção sobre factores não individuais. Ou seja, mesmo que as pessoas com frequência reconheçam como relevantes para a sua saúde factores supra-individuais (e.g. serviços de saúde/sociais, preços dos alimentos ou condições de habitação), já a sua percepção da viabilidade de exercer algum controle sobre determinantes da saúde, em geral, não se estende além das práticas de saúde e outras estratégias circunscritas à esfera pessoal – sem revelar ter conhecimento e/ou confiança na eficácia e/ou predisposição para envolvimento, por exemplo, em acções colectivas ou mecanismos de participação comunitária, cívica ou política.

“A gente não pode fazer nada – o que é que a gente pode fazer?...”

Por seu lado, quanto à efectiva expressão de *empowerment* dos idosos portugueses, no que toca a controle/ **acção sobre factores da saúde**, os dados quantitativos que foi possível obter, em concordância com os depoimentos, sugerem que:

- tal exercício de ‘controle’ será frequente, mas não universal nem provavelmente suficiente, em termos de práticas de saúde (e.g. 50% dos portugueses de 65+ anos toma alguma medida a este nível, mas enquanto, por exemplo, a vigilância da pressão arterial é frequente, já os cuidados com a alimentação serão minoritários - Cabral *et al.*, 2001);
- na relação com os profissionais de saúde tenderá a prevalecer uma acentuada assimetria de poder (“faço aquilo que os médicos me mandam fazer”), embora com sinais, minoritários, de posicionamento crítico e expectativa de maior implicação no processo de decisão;
- o envolvimento no funcionamento dos serviços de saúde, através de mecanismos de reclamação é raro (3% - Cabral *et al.*, 2001) – e objecto até de recusa enfática em alguns entrevistados;
- há claras debilidades em termos de acção colectiva: o envolvimento associativo em matérias de saúde será residual (<1% - Cabral *et al.*, 2001), mas mesmo a pertença a outro tipo de grupos e associações é pouco frequente entre os portugueses mais velhos (com excepção das organizações religiosas - ISSP-2004), sendo a participação comunitária de outro tipo (e.g., em actividades na zona de residência) e o comportamento “pró-social” um pouco mais generalizado, mas mesmo assim minoritário e, em geral, ocasional (ESS3-2006);

³⁴ Para além de, em boa medida, não conscientemente articuladas, idiossincráticas e influenciadas por diversos processos e circunstâncias que as afastam de um conhecimento científico ou objectivo – como, de resto, é próprio do conhecimento leigo.

- a participação cívica individual é, como também se referiu, escassa (sendo a acção mais frequente contactar um político/ governo: 10% -ESS3-2006), mas a participação eleitoral é elevada (79%-ESS3-2006), superior até à dos demais portugueses.

Saliente-se que, com excepção deste último aspecto e da ligação à igreja, em Portugal os idosos tendem a revelar menor envolvimento neste tipo de práticas do que o conjunto da população – mas a situação nacional no seu todo é em geral pouco favorável, nomeadamente por comparação com a observada noutros países europeus. Por outro lado, nos casos em que tal informação está disponível, este género de comportamentos/ *outcomes* de *empowerment* tende a apresentar clara padronização sociodemográfica entre os idosos portugueses – com, por exemplo, o activismo individual a ocorrer com pelo menos o dobro da frequência entre os sem dificuldades de rendimento ou mais escolarizados face aos de posição socioeconómica mais desfavorável.

“Eu acho que sim, que devia de haver quem se unisse e fizesse qualquer coisa por isso. (Mas eu) não, não me metia nisso. Não dou para isso”

O défice tão generalizado, nesta população, de recursos materiais e financeiros (rendimento, condições de habitação, bens, etc.) bem como as limitações em “assets” humanos (em termos de nível de literacia ou estado de saúde, por exemplo) são de resto falhas nos requisitos básicos para a capacidade individual de controle/ decisão de um modo mais amplo. Muitos outros factores estarão implicados, a nível individual, no potencial de *empowerment* deste grupo. Factores psicológicos – como a fragilidade detectada no *self-worth* (auto-estima e resiliência - ESS3-2006) – terão provavelmente aí um papel. Muito directamente relevante para a

questão da literacia em saúde, mas também para o *empowerment* em geral são as questões ligadas à informação. O quase universal acesso diário à televisão (98% - ESS3-2006), bem como o interesse frequente por temas de saúde que as entrevistas sugerem (“*gosto sempre muito de ver quando dá na televisão, sobre saúde*”), são potenciais recursos positivos neste sentido. Mas, em contrapartida, indicadores mais detalhados quanto aos recursos informacionais sugerem possíveis lacunas na qualidade/ diversidade da informação acedida (e.g. só cerca de um terço ouve/lê quotidianamente notícias da rádio ou dos jornais – quase metade da proporção observada nos idosos de outros países europeus – e são raros os que já usam a internet - ESS3-2006). Mesmo existindo algum acompanhamento da actualidade (“*Gosto de saber, gosto de ouvir*”), observa-se, por outro lado, uma massiva expressão de desinteresse (81%) e/ou dificuldades (63%) em associação com a “política”, tanto em dados quantitativos (ESS3-2006), como nas entrevistas (“*Não, eu política não, política não, não me meto*”), que constituirão inevitáveis obstáculos à consciência crítica da sociedade - *outcome* de *empowerment* - e, mais especificamente, à consciência dos factores contextuais e estruturais que condicionam a saúde e dos meios de os influenciar.

Mas a estes factores de “desempoderamento” observados a nível individual juntar-se-ão certamente outros em termos das condições e oportunidades criadas a nível institucional e societal para facilitar a participação na decisão/ controle por parte dos cidadãos mais velhos. A provável desvalorização sociocultural dos mais velhos (“*Todos eles (filhos) dizem que o velho já está velho, já está antiquado, já...*”) não promoverá o exercício de controle, na esfera pública como na privada – mesmo quando assuma as formas mais benévolas/protectoras (“*a minha filha é quem...*” “*pergunta ao médico/ paga as contas/ ...*”). Se no nível mais próximo, da comunidade local, se observaram alguns sinais positivos de coesão social, serão porém indicadores desfavoráveis em termos de *empowerment*, os baixos níveis de coesão/capital social (CS) à escala nacional – em participação comunitária/cívica e confiança interpessoal, mas também em confiança e satisfação institucional. Estes últimos aspectos, evocativos do CS de ligação, remetem para as componentes organizacionais e políticas do *empowerment* e para o papel do Estado no criar de condições de efectiva participação/mais equitativa distribuição de poder nas relações entre cidadãos e instituições. O que, no caso específico das questões da saúde se traduziria, nomeadamente ao nível dos organismos públicos (serviços de saúde, entre outros), em medidas para viabilizar e incentivar o envolvimento dos utentes nos processos de decisão. Salienta-se que, tratando-se de populações mais desempoderadas, tal exige não só a existência de mecanismos de acesso à decisão, mas também de apoios para ultrapassar os obstáculos ao seu efectivo uso. Ora os documentos analisados não dão conta da existência de tais medidas (Caixa 19), indiciando a quota parte de responsabilidade institucional nos baixos níveis de

participação dos idosos nos serviços (e no desequilíbrio na relação com os prestadores de cuidados) observados, bem como, mais genericamente, na relativa fragilidade da sociedade civil, cuja vitalidade depende também do explícito apoio estatal.

Parece pois haver ainda um longo caminho a percorrer, em diversas vertentes – que vão da consciencialização e capacitação individual quanto aos meios de acção, até aos recursos e condições objectivas para exercer poder –, no sentido de promover maior controle dos portugueses mais velhos sobre a sua saúde, e, em particular, para viabilizar o seu envolvimento enquanto interlocutores/intervenientes activos em políticas e intervenções participadas de PromS.

Caixa 19

Ainda que *Participação* e *Empowerment* não sejam explicitados como valores ou princípios subjacentes ao **PNS**, a participação, em especial, merece atenção no documento, sobretudo em termos das estratégias para a “mudança centrada no cidadão”. A perspectiva adoptada não é muito clara (incluindo várias referências aparentemente sem sequência em termos de estratégia e/ou potencialmente contraditórias), mas dir-se-á, mais uma vez, predominantemente centrada na doença e nos cuidados/serviços de saúde (no “consumo do bem saúde”), remetendo essencialmente para os seguintes aspectos:

- A noção expressa de que há “falta de informação validada, isenta e pertinente ao cidadão” (vol. 2) parece centrar-se sobretudo em preocupações com situações como o “monopólio da oferta” e a possibilidade de aumentar as escolhas dos utentes em termos de acesso aos serviços;

- Os “mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde” são julgados insuficientes, até porque, estando alguns deles legislados “geralmente não são concretizados na prática” (embora noutro ponto se afirme que “estão em franco desenvolvimento em Portugal”, dando como um dos exemplos os “conselhos consultivos mistos” de apoio à gestão de serviços de saúde). Porém, as orientações para “encorajar experiências múltiplas de empoderamento do cidadão vis-à-vis com o sector da saúde”, “através de campanhas e comemoração de eventos correlacionados, [...] de uma discussão aberta e da participação dos cidadãos na solução dos problemas de saúde [...], [e de encorajamento da] capacidade de mobilização social das estruturas comunitárias” (vol. 2) afiguram-se talvez excessivamente genéricas para conseguir suprir de forma sistemática tais falhas;

- A intenção de “dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil” implicando “esforços no sentido de reconhecer a importância das organizações da sociedade civil e de desenvolver parcerias, quando consentâneas com as orientações estratégicas contempladas neste Plano” (vol. 1, 2) não se apresenta também muito clara em termos dos mecanismos para assegurar a prevista participação ou da eventual previsão de apoio para a sua existência e adequado funcionamento.

De assinalar que embora o PNS enquadre nesta discussão referência “aos socialmente excluídos” e a desigualdades em saúde, parecem estar em causa tão somente questões de acesso ao próprios cuidados de saúde e não a preocupação de dar mais voz e poder de decisão a esses grupos face ao sistema de saúde (em que se centra o PNS) ou naturalmente, menos ainda, ao conjunto das condições que afectam a sua situação e saúde.

Por sua vez no **PNSPI**, refere-se a “estimulação da participação das pessoas idosas no sistema” - ainda que não concretizando como a mesma se fará, o mesmo sucedendo relativamente à afirmação de que “a implementação do presente Programa requer a participação activa, [de várias entidades, incluindo] associações de cidadãos”. Outras menções ao longo do documento dir-se-iam essencialmente vagas, e talvez tributárias sobretudo de uma noção limitada, de responsabilização individual (e.g., “atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado”), possivelmente ligada essencialmente à relação com o prestador de cuidados e até à adesão às recomendações dos técnicos. Pouco contribuirá assim para um verdadeiro *empowerment* dos indivíduos e comunidades.

Este último conceito está ausente no documento. Refere-se sim “a estimulação da iniciativa pessoal das pessoas idosas para a autonomia e a independência” como “imperativo de natureza ética” e a ideia de capacitação. Esta entendida, mais uma vez, no quadro restrito dos cuidados/problemas de saúde e, porventura, como dependendo essencialmente da informação (“a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas”), só concorrerá de forma parcial e limitada para o efectivo aumento do controle que as pessoas idosas têm sobre o conjunto alargado dos determinantes da saúde.

Cap. 7

Para lá das Conclusões: Linhas gerais para a Actuação

7.1. Enquadramento geral	386
7.1.1. Elementos de REFERÊNCIA CONCEPTUAL	386
• Um entendimento abrangente de saúde:	386
• Equidade - uma questão transversal:	387
• Empowerment. Agência e estrutura:	387
7.1.2. Elementos de DIAGNÓSTICO	389
7.2. Pistas de actuação	389
7.2.1. Quanto a OBJECTIVOS	390
a. Natureza dos Objectivos	390
b. Hipóteses de Áreas Prioritárias para uma Política PromS65+ em Portugal.....	391
1. Recursos para Viver - em segurança e paridade	391
2. Uma Casa Própria	393
3. Espaços para todos	396
4. Ligações saudáveis	400
5. Estratégias e recursos de adaptação	403
6. Um tempo de actividade	404
7. Mais informação, novas competências	406
8. Voz e Decisão	410
9. Cuidados promotores da saúde	413
10. Poder cuidar de si	416
7.2.2. Quanto ao DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO	419
a. Mecanismos de articulação/integração	419
• Nível Global – Nacional – Regional – Local	419
• Intersectorialidade e parcerias	419
• Participação	421
b. <i>Capacity building</i>	423
c. Informação e conhecimento	424

Uma política de promoção da saúde dos idosos em Portugal deverá atender ao conjunto de orientações que constituem o referencial PromS (tal como são desenvolvidas no Cap. 1), com as adaptações adequadas, nomeadamente em função do tipo de objectivos finais e intermédios relevantes para este grupo etário específico (parcialmente elencados no Cap. 2: Prom65+) e dos dados de um diagnóstico da situação concreta em presença (focando a saúde da população beneficiária, mas também a infra-estrutura/dispositivo de intervenção).

A componente empírica do trabalho (Parte II) visou contribuir para esta última vertente, simultaneamente identificando um conjunto de indicadores e fontes de informação úteis para estes fins e avançando numa caracterização da situação de saúde dos idosos portugueses com base nos dados existentes – ainda que só parcial, exploratória nalguns aspectos e centrada sobretudo no nível nacional. Relativamente ao dispositivo de intervenção, a informação analisada circunscreveu-se apenas a referências a documentos definidores de políticas nacionais e a algumas características da própria população idosa (literacia crítica de saúde), relevantes para a sua participação enquanto interlocutores-actores centrais em qualquer intervenção PromS. Uma síntese dos aspectos que mais se destacam dessas linhas de caracterização da realidade nacional foi apresentada no Cap. 6.

Neste capítulo avança-se um passo mais, extraindo desses elementos de enquadramento e diagnóstico algumas orientações de fundo e sugestões de áreas prioritárias de intervenção – pistas pois, necessariamente parciais e provisórias, para uma eventual política integrada de promoção da saúde das pessoas de 65+ anos em Portugal.

7.1. Enquadramento geral

7.1.1. ELEMENTOS DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL

No **referencial PromS65+** (Cap. 1 e 2) delinea-se uma série de princípios e orientações a ter em conta na formulação e/ou avaliação de uma política de promoção da saúde de pessoas de 65+ anos (*ver Caixa 5 com checklist de alguns dos aspectos a valorizar*). Não se justificando retomá-lo aqui integralmente, podem-se destacar três ideias-chave, eixos condutores da componente empírica do trabalho (Parte II), que serão também estruturantes das propostas a avançar quanto a uma política de PromS65+ em Portugal.

• **Um entendimento abrangente de saúde:** A saúde é mais do que a ausência de doença, salienta a definição da OMS, envolvendo a plena realização do potencial de cada um. Mesmo no envelhecimento, a par de processos de perda e declínio coexistem outros, de manutenção/compensação e crescimento. Além disso, embora constituindo em si mesma um valor e um direito fundamental, a saúde ganha sobretudo significado como “um recurso para a vida quotidiana”.

“Wellness is the optimal state of health of individuals and groups. There are two focal concerns: the realization of the fullest potential of an individual physically, psychologically, socially, spiritually and economically, and the fulfilment of one’s role expectations in the family, community, place of worship, workplace and other settings.”

(WHO Health Promotion Glossary: new terms - Smith *et al.*, 2006, p. 344) **1.**

E é também no contexto de vida dos indivíduos e populações que a saúde “se faz (e desfaz)”. Assim, para a compreender – e modificar – há que atender ao conjunto de factores (genéticos, biológicos, psicológicos, físicos, sociais, culturais, económicos, políticos) que, interagindo ao longo do tempo, determinam a sua evolução. E aos significados que as próprias pessoas lhe atribuem.

“Traditionally, societies have looked to the health sector to deal with its concerns about health and disease. (...) But the high burden of illness responsible for appalling premature loss of life arises in large part because of the conditions in which people are born, grow, live, work, and age – conditions that together provide the freedom people need to live lives they value.” (WHO: CSDH, 2008, p. 26)

A própria **Constituição Portuguesa** reconhece os múltiplos determinantes implicados: “O direito à protecção da saúde é realizado:

- Através de um serviço nacional de saúde universal e geral (...);
- Pela **criação de condições** económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.” (n.º 2 do art.º 63º da Constituição da República Portuguesa de 2 Abril 1976, na redacção de Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto – 7ª revisão constitucional) **2.**

Nesta óptica, uma política de saúde não pode centrar-se unicamente na doença. Ou ocupar-se só dos factores que mais proximamente influenciam a sua expressão. Nem bastará mobilizar exclusivamente meios da esfera dos cuidados de saúde - ou apelar aos indivíduos e seus comportamentos. Os objectivos de uma política de PromS terão sim de reflectir uma visão mais

ampla de saúde positiva /*wellness* e o delinear da intervenção deverá assentar no conhecimento da situação concreta da população em causa, seleccionando como foco de intervenção o conjunto de factores modificáveis, positivos e negativos, que mais influência têm no seu estado de saúde e bem-estar. Para responder a essa “complexidade das causas” haverá então que adoptar uma multiplicidade de estratégias, e mobilizar uma diversidade de actores, de diversas disciplinas, sectores e níveis de actuação. Indo além de uma política da saúde/(doença), pensa-se na saúde em todas as políticas.

O diagnóstico elaborado – quer nos dados estatísticos que indiciam a relevância de um amplo leque de factores para a saúde dos portugueses mais velhos, quer no entendimento que as próprias pessoas idosas expressaram sobre a sua saúde, quer ainda, por contraste, na visão mais limitada dominante nas actuais políticas nacionais de saúde – corrobora a importância de reforçar esta perspectiva na formulação de políticas de PromS65+.

*Melhor vida, mais saúde:
Uma visão abrangente
uma intervenção integrada*

● **Equidade - uma questão transversal:** A equidade é um princípio central em PromS, que encontra fundamento ético e legal no direito à saúde, reconhecido em vários tratados internacionais de direitos humanos e destacado em políticas como a “*Health for All*” da OMS.

Traduz-se na preocupação em reduzir/ eliminar diferenças de saúde, evitáveis, entre grupos da população de base social, económica, demográfica, geográfica, etc. Implica que não basta visar a melhoria da saúde e bem-estar da população idosa como um todo – importa simultaneamente vigiar como tais ganhos se reflectem nos

O “direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir” é contemplado no artigo 12º do

Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

“*An authoritative understanding of the right to health emerged when the UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, working in close collaboration with WHO and many others, drafted and adopted general comment 14*” – o qual “*provides a common right-to-health language for talking about health issues and sets out a way of analysing the right to health, making it easier for policy makers and practitioners to use.*”

(Backman et al., 2008, pp. 2048-2049)

Neste Comentário 14 afirma-se: “*1. Health is a fundamental human right indispensable for the exercise of other human rights. Every human being is entitled to the enjoyment of the highest attainable standard of health conducive to living a life in dignity. The realization of the right to health may be pursued through numerous, complementary approaches, such as the formulation of health policies (...)*”

(CESCR - General Comment 14, 2000, Doc. E/C.12/2000/4) **3.**

O Relatório final da Comissão da OMS sobre este tema, estabelece **três princípios de acção** para atingir **equidade em saúde**:

- “*Improve the conditions of daily life – the circumstances in which people are born, grow, live, work, and age.*”
- “*Tackle the inequitable distribution of power, money, and resources – the structural drivers of those conditions of daily life – globally, nationally, and locally.*”
- “*Measure the problem, evaluate action, expand the knowledge base, develop a workforce that is trained in the social determinants of health, and raise public awareness about the social determinants of health.*”

(CSDH, 2008, p. 26) **4.**

diversos subgrupos e explicitar objectivos e medidas visando a redução das desigualdades de saúde que actualmente se observam entre pessoas de diferente nível de escolaridade, rendimento, género ou local de residência, por exemplo. Tais medidas passam por uma atenção prioritária aos grupos mais desfavorecidos. Mas deverão ir mais longe, procurando eliminar as desigualdades na distribuição e impacte dos determinantes sociais da saúde, que atravessam todos os graus da hierarquia social. E, mesmo, agir sobre as condições estruturais que condicionam tal iniquidade.

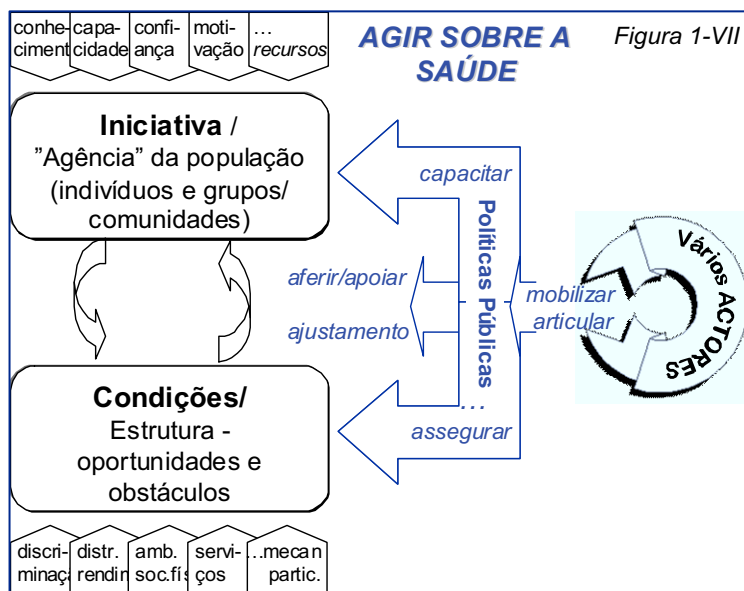
Também esta componente se revelou pertinente no diagnóstico da situação de saúde dos idosos portugueses, marcada por significativas desigualdades – e, simultaneamente, negligenciada nas políticas oficiais mas também na perspectiva leiga. Mostra-se pois prioritária a inclusão de uma óptica de equidade explícita e abrangente nas políticas de PromS65+ em Portugal.

**Reconhecer desigualdades
Equilibrar oportunidades de saúde**

● **Empowerment. Agência e estrutura:** O *empowerment*/empoderamento das pessoas e comunidades, que assim assumem maior controle sobre as decisões e acções que as afectam, é um princípio ético que define a própria essência da promoção da saúde, para além de ser um factor influente em ganhos de saúde e equidade. Deve pois constituir-se como objectivo explícito da intervenção - mas tem também de ser uma orientação presente em todas as estratégias e acções empreendidas em PromS, as quais serão desenvolvidas com a participação dos indivíduos/populações interessados, fomentando o seu crescente papel e poder/controlar sobre as situações.

Este conceito põe em destaque o indivíduo como agente activo nos processos de desenvolvimento da saúde – ao invés do papel passivo de beneficiário que lhe é tradicionalmente atribuído nas políticas públicas. Na perspectiva da PromS tal não significa, porém, também uma responsabilização individual (e concomitante desresponsabilização pública), que ignore as capacidades e circunstâncias que condicionam o exercício dessa agência, individual e colectiva. Antes sim, a atenção combinada, na intervenção, aos

factores individuais e estruturais, contribuindo para a capacitação/ *capacity building* das pessoas e comunidades, ao mesmo tempo que cria ambientes mais favoráveis e vigia o ajustamento entre estes "dois lados da equação", com especial ênfase no que toca aos grupos mais vulneráveis (ver Fig. 01-VII). Os dados recolhidos para Portugal são sugestivos de que, com frequência, não estarão reunidas nem as circunstâncias pessoais, nem as condições institucionais e sociais mais favoráveis à acção/ controle das pessoas mais velhas sobre a sua saúde e, mais genericamente, à sua participação/ cidadania activa.



***Maior influência,
melhor saúde***

Importa pois que as políticas de PromS65+ promovam o conjunto de requisitos necessários ao *empowerment* e envolvimento activo deste grupo nas acções/decisões que afectam a sua vida e saúde.

Assim o enquadramento conceptual proposto e os elementos de diagnóstico nacional recolhidos convergem para sublinhar algumas orientações gerais em políticas de PromS65+ que se sintetizam na *checklist* - Caixa 5:

Parte dessas orientações é ilustrada também pelo referencial de política de saúde da OMS para a Europa "Health for All" (Caixa 6).

O referencial Saúde para Todos da OMS-Europa foi objecto de uma actualização em 2005, a qual reafirma e reforça os valores, princípios básicos e visão da Saúde XXI:

"Specifically, it reiterates the following key principles underpinning the framework.

- *The ultimate goal of health policy is to achieve the **full health potential of everyone**.*
- ***Closing the health gap** between and within countries (...) is essential (...)*
- *People's **participation** is crucial for health development.*
- *Health development can be achieved only through **multisectoral** strategies and intersectoral investments that **address health determinants**.*
- ***Every sector** of society is accountable for the **health impact** of its own activities" (p. 6)*

(The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. WHO, 2005) **[6.]**

Checklist – Alguns critérios de actuação PromS65+

- Visão abrangente da saúde
(da doença à realização do pleno potencial)
- Atenção à diversidade; espaço à subjectividade
- Perspectiva temporal
- Acção sobre o conjunto das causas:
→ factores ambientais e individuais
→ riscos e recursos
- Maior *empowerment*, menores desigualdades:
Capacitação das pessoas e comunidades
Equidade nas oportunidades e obstáculos
- Conjugar múltiplas estratégias, em vários níveis
- Mobilizar actores de diversas áreas e sectores
- Participação em todas as etapas
- Conhecimento/monitorização da realidade
- Explicitação e reflexão contínuas

(desenvolvimento nos Cap. 1 e 2) **[5.]**

Antes porém de avançar para as implicações mais concretas destes eixos de enquadramento, em termos de propostas quanto aos *Objectivos* e *Dispositivos* a adoptar numa política nacional de promoção da saúde das pessoas de 65+ anos em Portugal, vale a pena incluir um brevíssimo resumo dos principais elementos resultantes no diagnóstico.

7.1.2. ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Os dados obtidos de caracterização da situação de saúde em Portugal foram detalhadamente expostos e discutidos nos Cap. 3, 4 e 5 da Parte II e sintetizados no Cap. 6, juntamente com algumas referências a políticas nacionais relevantes. Aspectos de fundo a destacar desses resultados serão:

- A saúde e qualidade de vida dos portugueses de 65 e mais anos apresenta múltiplas fragilidades - nomeadamente por comparação com os resultados observados noutros países da Europa (UE15) -, tanto em termos de morbilidade, como de esperança de vida, ou esperança de saúde, auto-avaliação global de saúde e bem-estar. Situação que também pode ser lida como atestando uma ampla margem potencial para ganhos nestas dimensões...
- Diversos tipos de factores (para lá dos cuidados de saúde, não explorados no presente trabalho) mostram-se associados aos níveis de saúde observados - tanto no plano das características e respostas individuais, como do ambiente sociofísico. Alguns, nomeadamente ligados às condições de vida, destacam-se como “riscos”/ défices que, dada a extensão das dificuldades constatadas e suas implicações para a saúde, parece indispensável corrigir, como requisito para a obtenção de ganhos significativos no conjunto da população (e.g., rendimento, habitação, educação). Identificaram-se também recursos e potencialidades (e.g., relações interpessoais) que interessará conservar e valorizar.
- Os dados indicam que em Portugal, nesta faixa etária, as desigualdades de saúde entre grupos sociais são uma realidade de relevo – associadas a factores como as diferenças de rendimento, escolaridade e, possivelmente, local de residência, para além das mais reconhecidas desigualdades de género. Tornam-se pois imperativas, por razões éticas e ainda pelo seu impacto no nível global de saúde da população, políticas que visem directamente tais desigualdades. Tratar-se-á de agir tanto face ao seu “ponto de origem” (e.g. disparidades de rendimento e outros factores de discriminação/exclusão), como mais directamente nos vários tipos de determinantes da saúde que actualmente têm desigual distribuição em função da posição socioeconómica, género ou residência. Os grupos em situação de maior vulnerabilidade social – que representam, aliás, uma proporção bem significativa dos idosos em Portugal – requerem investimento prioritário, mas todo o gradiente de iniquidade merecerá atenção. Tanto mais que o nosso país apresenta dos níveis de desigualdade de rendimento mais elevados da Europa (a par de outros indícios desfavoráveis a nível societal – como défices importantes de coesão/ capital social).
- Não estão também reunidos muitos dos requisitos essenciais para a participação e, genericamente, para o *empowerment* deste grupo da população, sendo necessária atenção específica a esses aspectos, tanto na criação de condições mais favoráveis, como na capacitação de pessoas/grupos.
- Ainda que várias destas questões possam receber alguma atenção noutros sectores da intervenção pública, estão no essencial ausentes das (incipientes) políticas de saúde nacionais centradas nos idosos – as quais actualmente tendem a não prever sequer a avaliação/ monitorização das suas repercussões na saúde e bem-estar dos portugueses de 65+ anos.

7.2. Pistas de actuação

A formulação de políticas envolve naturalmente a consideração de um conjunto vasto de factores e procedimentos que ultrapassam o âmbito deste trabalho. No entanto, com base no enquadramento teórico formulado e nos elementos de diagnóstico recolhidos, existirão bases para avançar sugestões quanto ao tipo de objectivos, potenciais áreas prioritárias e alguns mecanismos genéricos que se poderão considerar numa política nacional de promoção da saúde das pessoas de 65 e mais anos, numa perspectiva “PromS65+”. Sublinha-se que estas são essencialmente hipóteses e que as indicações delineadas no que toca, por exemplo, a estratégias de acção, têm sobretudo carácter exemplificativo. De facto, embora apoiadas na consulta de documentos internacionais de referência e práticas e/ou políticas descritas noutros países, não foram objecto de revisão de literatura sistemática, não existindo também, em vários casos, elementos de avaliação disponíveis quanto à sua qualidade/ efectividade e, menos ainda, aplicabilidade ao contexto português.

7.2.1. QUANTO A OBJECTIVOS

a. Natureza dos Objectivos¹

● As finalidades ou **objectivos últimos** de uma política de PromS65+ devem contemplar em simultâneo:
 → **Ganhos de saúde e bem-estar:** *A redução da doença e o aumento da esperança de vida “com saúde” são finalidades relevantes – mas insuficientes. Ganhos na funcionalidade (nas componentes de capacidade funcional e de actividade/ participação) e na saúde (subjectiva) global são metas fundamentais a contemplar. Melhorias no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas de 65 e mais anos são também resultados globais a visar em promoção da saúde.*

→ **Redução das desigualdades** na distribuição da saúde entre diferentes grupos sociais, atentando em particular às disparidades de base socioeconómica, geográfica e de género mas também a outras potenciais dimensões de discriminação afectando subgrupos da população de 65+ anos – e ainda a iniquidades transversais à sociedade portuguesa.

De um modo geral, os dados coligidos indiciam importantes margens potenciais de melhoria em todas essas frentes² – nomeadamente com base na comparação da situação dos idosos portugueses com a da população da mesma idade noutros países da Europa dos Quinze.

Por outro lado, é de salientar que os objectivos globais orientadores das políticas nacionais deverão ser reafirmados ao nível regional e local, onde poderão assumir prioridades distintas – reflectindo sempre os princípios de adequação à realidade local e participação na sua selecção/formulação (ver 7.2.2).

● Para atingir tais ganhos em saúde, bem-estar e equidade, os **objectivos intermédios** a traçar focam – de acordo com o referencial PromS65+ e em sintonia com o entendimento de promoção da saúde e “nova saúde pública” (Caixa 7) veiculado na Carta de Otava (1986) –, o conjunto dos determinantes da saúde modificáveis relevantes para a população em causa. Há já políticas nacionais de saúde que adoptam esta orientação (Caixa 8: Suécia).

“New public health is distinguished by its basis in a comprehensive understanding of the ways in which lifestyles and living conditions determine health status, and a recognition of the need to mobilize resources and make sound investments in policies, programmes and services which create, maintain and protect health by supporting healthy lifestyles and creating supportive environments for health. Such a distinction between the “old” and the “new” may not be necessary in the future as the mainstream concept of public health develops and expands.” (p. 3)

“The factors which influence health are multiple and interactive. Health promotion is fundamentally concerned with action and advocacy to address the full range of potentially modifiable determinants of health. (...) Achieving change in these lifestyles and living conditions, which determine health status, are considered to be intermediate health outcomes” (p. 6)

(WHO HP Glossary – Nutbeam, 1998) [7.]

Mais uma vez, a selecção dos determinantes a focar deverá ser objecto de um processo de planeamento, participado, que - apoiado na evidência global sobre factores e mecanismos que influenciam a saúde, bem-estar e equidade entre os idosos e no conhecimento específico da situação em presença - eleja os aspectos cuja modificação será mais importante (e viável) para cumprir a visão de saúde traçada. Os elementos recolhidos na Parte II do trabalho permitem avançar hipóteses sobre alguns desses factores mais relevantes, a nível nacional, para a promoção da saúde das pessoas de 65+ anos em Portugal – tema a desenvolver na secção seguinte.

¹ A inventariação e discussão aprofundada das finalidades últimas e objectivos intermédios que genericamente se destacam como potencialmente relevantes para as pessoas de 65+ anos (com base na evidência teórica e empírica internacional e em consonância com o referencial PromS adoptado), é o tema do Cap. 2. A Parte II do trabalho procurou aferir, com base em dados nacionais, a pertinência (de parte) desses objectivos para a realidade portuguesa. Neste capítulo apuram-se agora as linhas globais da convergência desses elementos – a que se juntam excertos ilustrativos de políticas/medidas e recomendações relevantes.

² As diversas vertentes do diagnóstico sugerem ainda, dentro das várias áreas, aspectos específicos a merecer atenção particular a nível nacional (e.g., certas patologias crónicas e causas de morte com prevalências especialmente elevadas e/ou tendências de evolução desfavorável; défices de saúde mental positiva) – que de modo algum são esgotados pela presente proposta, de carácter mais geral.

A política de Saúde Pública na Suécia exemplifica esta “nova” orientação, seleccionando objectivos focados em determinantes da saúde, tanto estruturais, como relativos a estilos de vida individuais: *“An important strategic crossroads has been reached with the new public health policy. Where objectives had previously been based on diseases or health problems, health determinants were now chosen instead”* (p. 5)

“Swedish public health policy is based on eleven objectives containing the most important determinants of Swedish public health. The overarching aim is to create the conditions for good health on equal terms for the entire population. These eleven objectives are as follows:

- 1. Participation and influence in society*
- 2. Economic and social security*
- 3. Secure and favourable conditions during childhood and adolescence*
- 4. Healthier working life*
- 5. Healthy and safe environments and products*
- 6. Health and medical care that more actively promotes good health*
- 7. Effective protection against communicable diseases*
- 8. Safe sexuality and good reproductive health*
- 9. Increased physical activity*
- 10. Good eating habits and safe food*
- 11. Reduced use of tobacco and alcohol, a society free from illicit drugs and doping and a reduction in the harmful effects of excessive gambling”* (p. 6)

“The first six objectives relate to what are normally considered to be structural factors, i.e. conditions in society and our surroundings that can be influenced primarily by moulding public opinion and by taking political decisions on different levels. The last five objectives concern lifestyles which an individual can influence him/herself, but where the social environment normally plays a very important part.” (p. 7)

(Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden – Ågren, 2003) **8.**

b. Hipóteses de Áreas Prioritárias para uma Política PromS65+ em Portugal

Com base no Diagnóstico da situação nacional efectuado (Parte II) e na revisão de literatura internacional (Cap. 2), sugere-se que uma política de promoção da saúde das pessoas de 65 e mais anos em Portugal deverá priorizar os determinantes/áreas a seguir enunciados – sem prejuízo da necessária adaptação às realidades locais/regionais. Inspiradas em alguma evidência disponível e em exemplos de práticas nacionais e internacionais, incluem-se pistas quanto a estratégias e actividades potencialmente úteis – em muitos casos a título meramente ilustrativo, já que uma revisão de literatura sistemática sobre esta vertente fica, como se disse, fora do âmbito do presente trabalho.

1. Recursos para Viver - em segurança e paridade

A **segurança económica** e um **nível de rendimento** suficiente para assegurar uma vida saudável são condições fundamentais para a saúde, bem-estar e independência/autonomia (Caixa 9). No caso dos idosos portugueses, tal depende essencialmente de pensões que, com frequência, assumem valores ainda muito baixos - insuficientes para assegurar não só as despesas básicas (habitação adequada, alimentação saudável, cuidados de saúde), mas também as condições de participação e integração social indispensáveis à saúde³, e traduzindo-se inclusive numa importante proporção de pessoas a viver abaixo do limiar da pobreza. A acentuada e crescente **desigualdade na distribuição de rendimentos** observada na sociedade portuguesa é também um problema a merecer atenção na perspectiva da saúde pública.

³ No Reino Unido, por exemplo, foi feito um estudo calculando o montante mínimo que uma pessoa de 65 e mais anos precisará para “escolher um estilo de vida saudável”: *“Research looking at the Minimum Income for Healthy Living was carried out by experts (...) and this sets a new goal for health and social policy in later life”* (Age Concern, 2005, p. 3); *“Current best evidence on the needs for healthy living was derived for nutrition, physical activity, housing, psychosocial relations/ social inclusion, getting about, medical care and hygiene”, “This, we submit, provides an epidemiological evidence-base for public health and the associated social policies”* (Morris et al., 2007, pp. 1300, 1304).

Um sistema de segurança social que, numa base universal, garanta um montante mínimo de pensão compatível com as necessidades fundamentais, deverá ser a via de acção preferencial, - tendo impacto simultâneo sobre o rendimento individual e a distribuição de riqueza/ disparidades económicas a nível societal (Caixas 10 e 11).

*"There is an urgent need for governments to enhance public or personal retirement schemes and to provide a decent minimum level of state funding for those, usually women, who require this. Priority needs to be given to ensuring that current and future elderly people have **adequate incomes to enable healthy living** environments, food and leisure choices. The minimum income level will depend critically on the amount of medical, nursing and domestic care an old person will need to buy."* (p. 15)

(IUHPE, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Vol. 2 - Fletcher *et al.*, 1999)

*"The Government should commission **regular assessments of the income needed for healthy living to inform income and health policy.**"* (Age Concern, 2005, p. 22) **9.**

*"**Public pension rights** have the potential to affect old-age mortality through two main mechanisms: (i) the more generous the pension benefits, the higher the income in the elderly population. This provides more resources that can be invested in products and activities that enhance health; (ii) a more generous pension system has, in addition, a redistributive impact, and thus reduces income differences in society, and particularly among the elderly"*

(Lundberg *et al.*, 2008, p. 159) **10.**

No entanto, medidas complementares que atribuem apoios ou benefícios em áreas específicas (serviços sociais e de saúde, medicamentos, habitação, transportes, cultura, etc.)

e/ou a grupos seleccionados terão também um papel relevante. A erradicação da pobreza entre os mais velhos deverá naturalmente constituir uma meta central.

As recomendações do relatório final da WHO-CSDH incluem: "*Social Protection Across the Lifecourse: (...) 8.1. Governments, where necessary with help from donors and civil society organizations, and where appropriate in collaboration with employers, build **universal social protection systems and increase their generosity** towards a **level that is sufficient for healthy living** (...) 8.2. Governments, where necessary with help from donors and civil society organizations, and where appropriate in collaboration with employers, **use targeting only as back up for those who slip through the net of universal systems.**"*

(CSDH, 2008, p. 203) **11.**

Assinale-se ainda a importância particular, no caso do idosos, de criação de dispositivos que apoiem (e monitorizem) o efectivo acesso aos benefícios sociais a que as pessoas têm direito – que poderão passar por simplificação dos procedimentos administrativos, acesso automático a alguns dos benefícios, campanhas de informação e serviços de aconselhamento (Caixa 12 e 41). Importa ainda assegurar a compatibilização das várias medidas (e.g., prestações, bonificações/penalizações, impostos, critérios de atribuição), evitando que aceder a um benefício se acabe por traduzir num ganho nulo ou incremental desigualdades.

O relatório da IUHPE recomenda a implementação de medidas para aumentar o efectivo recurso da população idosa aos benefícios a que têm direito.

(IUHPE, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. - Fletcher *et al.*, 1999)

Estudos no Reino Unido revelam que: "*benefit take-up campaigns that are aimed at older people have had great success in increasing older people's income. In particular, campaigns that are linked with other interventions, such as flu vaccinations or bus pass renewal, can be particularly useful.*"

(Audit Commission, 2004f, p. 23)

Um outro exemplo de iniciativa governamental visando facilitar o acesso aos serviços, prestações e benefícios sociais, é a Link-Age, no país de Gales: "*led by the Department for Work and Pensions (DWP) in collaboration with The Welsh Assembly Government (WAG), showing how services can be joined up to meet its key priority, the maximisation of uptake of benefits and entitlements by older people.*"

(Link-Age In Wales: Joining Up Services For Older People In Wales - DWP, WAG, 2005) **12.**

A possibilidade de continuar a desenvolver actividade económica, de modo opcional e flexível, deverá também ser apoiada – um dos objectivos preconizados nomeadamente no Plano de Madrid, que propõe uma diversidade de acções nesse sentido (Caixa 13).

Diversas recomendações assumidas no **Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento** (UN, 2002), enfatizam a questão do rendimento e segurança económica, envolvendo objectivos relativos à protecção/segurança social, à erradicação da pobreza e à participação produtiva das pessoas idosas – podendo-se destacar, no âmbito da “*Priority direction I: Older persons and development*”:

“*Issue 2: Work and the ageing labour force (...)*”

(§28) **Objective 1: Employment opportunities for all older persons who want to work**

Actions

- (a) *Place employment growth at the heart of macroeconomic policies (...);*
- (b) *Enable older persons to continue working as long as they want to work and are able to do so; (...)*
- (e) *Promote self-employment initiatives for older persons, inter alia, by encouraging the development of small and microenterprises and by ensuring access to credit for older persons, without discrimination (...);*
- ...*(h) Promote, as appropriate, a new approach to retirement (...), in particular by applying the principle of flexible retirement policies and practices, while maintaining acquired pension rights. (...)*
- (k) *Promote new work arrangements and innovative workplace practices aimed at sustaining working capacity and accommodating the needs of workers as they age, inter alia, by setting up employee assistance programmes;*
- (l) *Support workers in making informed decisions about the potential financial, health and other impacts of a longer participation in the workforce;*
- (m) *Promote a realistic portrait of older workers. skills and abilities by correcting damaging stereotypes (...)*

Issue 6: Eradication of poverty (...)

(§48) **Objective 1: Reduction of poverty among older persons.**

Actions

- (c) *Promote equal access for older persons to employment and income-generation opportunities, credit, markets and assets;*
- (d) *Ensure that the particular needs of older women, the oldest old, older persons with disabilities and those living alone are specifically addressed in poverty eradication strategies and implementation programmes;*

Issue 7: Income security, social protection/social security and poverty prevention (...)

(§52) **Objective 1: Promotion of programmes to enable all workers to acquire basic social protection/ social security, including where applicable, pensions, disability insurance and health benefits. (...)**

(§52) **Objective 2: Sufficient minimum income for all older persons, paying particular attention to socially and economically disadvantaged groups. (...)**

13.

Para além de medidas visando directamente a população idosa há naturalmente que promover outras, quer visando atenuar as desigualdades no conjunto da sociedade (e.g., políticas fiscais), quer assegurando a segurança e rendimento adequado nas etapas anteriores da vida (com ênfase, não exclusivo, para a infância), já que os seus efeitos tenderão a repercutir-se também nas idades mais avançadas.

2. Uma Casa Própria

As **condições de habitação**, que influenciam a saúde física e mental e o bem-estar em todas as idades, são ainda um elemento fundamental para a manutenção da autonomia/independência das pessoas mais velhas. A maior parte dos idosos portugueses continua a viver na comunidade, na sua casa - situação a incentivar já que provavelmente, na maioria dos casos, corresponderá às preferências pessoais, sendo também a opção mais vantajosa do ponto de vista colectivo.

Os dados disponíveis sugerem, porém, que estas poderão ser, com frequência, habitações antigas degradadas com insuficiente manutenção, fraco isolamento térmico, em não raros casos sem disporem mesmo de infra-estruturas básicas essenciais, e possivelmente oferecendo riscos de segurança (e.g. quedas) e poucas condições de acessibilidade. A conjugação de falta de recursos económicos e de saúde

pode ainda tornar difícil, nesta população, aspectos simples de manutenção quotidiana da habitação como limpezas ou pequenas reparações. O conjunto das despesas relativas à habitação (incluindo electricidade, água, gás, etc.), constitui, além disso, uma sobrecarga financeira crescente para uma parte importante desta população.

"Housing and the surrounding environment are particularly important for older persons, inclusive of factors such as: accessibility and safety; the financial burden of maintaining a home; and the important emotional and psychological security of a home. It is recognized that good housing can promote good health and well-being. It is also important that older persons are provided, where possible, with an adequate choice of where they live, a factor that needs to be built into policies and programmes." (§95)

(Issue 1: Housing and the living environment, Priority direction III: Ensuring enabling and supportive environments –

Plano Internacional de Madrid – UN, 2002) **14.**

Por outro lado, tem havido um desenvolvimento crescente de **tecnologias** que podem cumprir funções importantes de compensação de limitações, simplificação de tarefas diárias, aumento de segurança e conforto, facilitação de cuidados no domicílio, de comunicação e acesso à informação (Caixa 15). O seu potencial em termos de melhoria da funcionalidade e autonomia, saúde e qualidade de vida, estará porém, provavelmente a ser pouco aproveitado pelos portugueses mais velhos – que, em muitos casos, não terão mesmo acesso ao mais básico equipamento doméstico, de aquecimento, etc.

"Produtos e tecnologia" é uma das categorias de factores ambientais contida na **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/ CIF** da OMS (2004). As *ajudas técnicas* – ou *tecnologias de apoio*, como mais recentemente são designadas –, objecto de classificação na Norma ISO 9999, são aí definidas como "qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa incapacitada, especialmente produzido ou geralmente disponível, que se destina a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar a incapacidade". **15.**

Permanecer em casa com independência – o que pode ajudar:

"Small improvements can make all the difference. Examples include gadgets that help people to open the lids on jam jars, accessible kitchen cupboards, walk-in showers with space for a care assistant and halls and doorways that are wide enough to take a walking frame. Housing that is flexible enough to meet changing needs is also important. But in order to choose what they need older people need good information and advice about what is available and how much it costs." (§42)

"Being able to master that physical environment [of the home] despite any frailty is both empowering and confidence-building.(...) Services that can offer help with small tasks in the home and garden can be extremely useful.(...) Lists of reputable and reliable tradespeople are important in helping older people to feel less vulnerable." (§43, §47)

("Independence and well-being 1" - Audit Commission, 2004f)

"Housing improvements that ensure the provision of affordable warmth may have the greatest potential to reduce the adverse effects of poor housing. Optimal temperature is an essential component of domestic heating provision and may also affect levels of dampness and allergen growth". (p. 4)

(...Housing improvement.. WHO Health Evidence Network - Thomson, Petticrew, 2005) **16.**

Resolver tais problemas de falta de condições básicas, degradação, eficiência energética/conforto térmico, riscos de segurança, obstáculos à mobilidade /utilização, adaptação a novas necessidades, etc.⁴, exigirá soluções multifacetadas que respondam à multiplicidade de factores em jogo – incluindo vertentes de informação/ formação, apoio económico e criação/reorganização de infra-estruturas (desde serviços e sua articulação, a investigação/ avaliação, normativos, etc.). Por outro lado, uma avaliação da WHO-HEN (Thomson, Petticrew, 2005) sobre o impacte na saúde de intervenções melhorando a habitação, alerta para que estas podem ter também efeitos adversos paralelos - se envolverem, por exemplo, encargos financeiros acrescidos ou mudança de residência -, aspectos que convém ponderar e minimizar.

⁴ Além dos aspectos mais valorizados por poderem afectar especialmente a população idosa, haverá que considerar naturalmente uma série de outras características habitacionais com reconhecido impacte na saúde (ruído, substâncias tóxicas, etc.).

Poder-se-ão sugerir três estratégias genéricas de actuação:

- a) - atenção prioritária – de preferência personalizada, integrada/holística e proactiva – às situações de maior perda de funcionalidade, necessidade de cuidados, insuficiência de recursos ou outras de particular risco, através da avaliação, aconselhamento e apoios à resolução dos problemas habitacionais e de acesso a tecnologias adequadas;
- b) - mecanismos de informação e apoio, sobre estas várias temáticas, dirigidos à população idosa em geral - que pode estar pouco alertada para os riscos e possibilidades existentes nestes domínios, bem como carecer de recursos financeiros, condições de saúde ou enfrentar outros obstáculos à adopção das medidas convenientes (e.g., falta de experiência com novas tecnologias, dificuldades em encontrar serviços de confiança para reparações/apoios domésticos, complexidade burocrática, etc.⁵);
- c) - intervenção, mais ampla (e.g., legislação; campanhas de sensibilização, informação e formação; incentivos), junto da população/sociedade em geral mas também de agentes específicos (responsáveis autárquicos, construtores, etc.), no sentido de respectivamente exigirem e oferecerem habitações que sigam os princípios de design universal, de modo a que no futuro diminuam as necessidades de adaptação (ou mudança) de habitação, em geral de maior complexidade e custo do que a construção/aquisição de casas adequadas de raiz.

Será importante coligir mais detalhada informação sobre a situação nacional (quer ao nível da habitação, quer de ajudas técnicas e outras tecnologias), bem como avaliar e articular as iniciativas já existentes (*Caixa 18*), enquadrando-as numa estratégia mais abrangente que tenha explicitamente em conta as necessidades e interesses das pessoas idosas e as implicações para a sua saúde, independência/ autonomia e integração social.

Existem já diversas orientações e estudos que dão indicações valiosas nos domínios da habitação e saúde e/ou envelhecimento (*Caixa 17*), bem como acções em curso noutros países (*Caixa 19*) que poderão inspirar uma estratégia nacional relativa à habitação – saúde – envelhecimento.

Tem vindo a ser produzida investigação e directrizes úteis para o apoio à actuação – embora nem sempre contemplando em simultâneo o conjunto das dimensões relevantes. Assim, por exemplo, no campo da habitação-saúde pode-se mencionar a análise legislativa e propostas contidas em “*Housing and health regulations in Europe*” (WHO-ECEH, 2006), um trabalho abarcando 7 países incluindo Portugal; estudos em localidades nacionais, no âmbito do Projecto Europeu LARES (v.g. WHO-Europe, 2007) e *Projecto Habitação e Saúde* (DGS); e a tradução do Manual para projectos da OMS - “Planos Locais de Acção em Habitação e Saúde”, editada pela DGS em 2008. No plano internacional, assinala-se que o recente guia da OMS sobre “*Age-friendly Cities*” (WHO, 2007) inclui uma *checklist* relativa à habitação, incorporando a perspectiva das pessoas idosas sobre este tema.

Em termos de *tecnologias de apoio/assistive technology* poder-se-ão referir, a título ilustrativo, os relatórios da Audit Commission - Reino Unido, analisando práticas e potencialidades, em termos de contributo para a independência e bem-estar dos idosos, não só das ajudas técnicas mais tradicionais (2002) mas também das mais recentes tecnologias electrónicas, abarcando os domínios da telemedicina e telecuidados (2004b; 2004e).

17.

Em **Portugal** há algumas medidas e projectos neste domínio que poderão ser integradas numa estratégia mais abrangente e sistemática. Para além do previsto a nível nacional no âmbito da acessibilidade e integração das pessoas com deficiência e incapacidade (e.g. *PNPA* e *PAIPDI* – cf. *Caixa 10* do Cap. 6) e do também já referido *Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas/ PCHI (idem)*, há outras acções e experiências em curso, nomeadamente a nível local. Por exemplo, os serviços de pequenas reparações domiciliárias oferecidos já por várias autarquias aos munícipes idosos ou os bancos de ajudas técnicas organizados por entidades públicas ou privadas.

18. (continua)

⁵ Por exemplo o 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (MTSS, 2006) cita ainda, como constrangimentos à realização de adaptações “as limitações inerentes aos próprios edifícios, as dificuldades levantadas pelos proprietários e condomínios às propostas de eliminação de barreiras, os entraves de ordem burocrática e administrativa relativamente às necessárias autorizações e ainda as dificuldades na obtenção de créditos sentidas pelas pessoas com deficiências ou incapacidade quando pretendem efectuar obras de adaptação” (p. 46).

No domínio mais específico das TIC têm também surgido diversas iniciativas dirigidas a esta faixa etária, como o projecto *Rede Solidária*, que envolve “240 Organizações Não Governamentais de e para pessoas com deficiência, idosas ou em risco de exclusão” (UMIC⁶), acções locais de *formação em informática “para seniores”*, etc..

18.

No **Reino Unido** foi lançada, em 2008, uma estratégia intergovernamental de amplo alcance - “**Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society**”⁷ Implica esta: “*First, to focus minds, among councils, planners, housebuilders and all of our partners on the need for a whole new approach. Second, to provide practical help for today’s older people to live independent, active lives for longer. Third, to lay the right foundations so that we get it right first time as we build tomorrow’s homes and communities.*” (UK-DCLG, 2008b, p. 6).

Entre as acções contempladas inclui-se:

- serviço nacional de informação e aconselhamento sobre temas relativos à habitação (FirstStop - envolvendo desde linha telefónica e website a medidas proactivas dirigidas a grupos de elevado risco);
- pequenas reparações, adaptações e serviços locais de “*handypersons*” (incluindo preocupação de rapidez e articulação com outros serviços/vertentes – e.g., alta hospitalar; prevenção de quedas, etc.); desenvolvimento do sector que designam como “*Home Improvement Agencies*”; apoios ao aquecimento da habitação e aumento da eficiência energética;
- financiamento para grandes adaptações, em situação de deficiência ou mobilidade reduzida (Disabled Facilities Grant);
- promoção de novas construções que sejam “casas para a vida”/“lifetime homes”, adoptando “Lifetime Homes Standards” - i.e., “*inexpensive, simple features designed to make homes more flexible and functional for all. We will ensure that all public sector funded housing is built to Lifetime Homes Standards by 2011. We will also work closely with developers, architects, planners and other professionals to encourage take-up and to establish the most economic way to deliver the benefits of Lifetime Homes Standards. Lifetime Homes Standards will be made a mandatory part of the Code for Sustainable Homes to encourage progressively increased take-up in new build projects. Our aspiration is that by 2013 all new homes will be being built to Lifetime Homes Standards.*” (UK-DCLG, 2008b, p. 13);
- outras linhas de actuação, como o incentivo a “Lifetime neighbourhoods” e a melhoria da oferta em termos de alternativas de “habitação especializada”⁸.

19.

3. Espaços para todos

Permanecer integrado na comunidade, mantendo possibilidades de independência e participação activa, mesmo em face de perdas funcionais, depende também das características físicas (e sociais) do meio em que se reside⁹. Actualmente já não são só aspectos como a poluição atmosférica, o saneamento básico ou (as alterações d)as condições climáticas que interessam na perspectiva de saúde ambiental. Vertentes do ambiente construído como a organização e qualidade do espaço urbano, a proximidade e condições de acessibilidade de serviços e equipamentos ou a adequação do sistema de transportes e segurança rodoviária são questões de saúde pública, que recebem crescente atenção pelas implicações na saúde, funcionalidade e bem-estar, designadamente dos cidadãos mais velhos. Diferenças nos contextos de vida estão, além disso, muitas vezes implicadas nas diferenças de resultados de saúde entre grupos sociais, pelo que condições ambientais favoráveis, que assegurem igualdade de oportunidades, são uma importante via para promover a equidade em saúde.

⁶ Do site da UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento (<http://www.unic.pt/>, última actualização em 01/10/2007).

⁷ Envolvendo Department for Communities and Local Government, Department of Health e Department for Work and Pensions, esta iniciativa enquadra-se na perspectiva de que “*In future, housing, health and care will be increasingly interdependent, that is why this strategy makes housing and ageing a cross-government priority.*” (UK-DCLG, 2008a, p. 12) (documentação em <http://www.communities.gov.uk/housing/supportandadaptations>).

⁸ No documento: “*we use the term ‘specialised housing’ to mean the full and diverse range of housing specifically built for older people, from retirement housing to nursing homes. Almost all are a collective group of dwellings with some form of services attached, an example being support from a scheme manager.*” (UK-DCLG, 2008a, p. 133).

⁹ Embora introduzindo a relevância e articulação das várias dimensões do ambiente/contexto global de vida, o presente ponto aborda sobretudo a actuação face a factores do ambiente físico.

As características do(s) contexto(s) em que se vive podem constituir importantes riscos para a saúde e obstáculos (objectivos e subjectivos) para a actividade e participação. Mas têm também o potencial de ser protectoras e capacitadoras, estimulando comportamentos e capacidades, e compensando dificuldades (ver Cap. 2-B.2.2.2).

Esta dupla faceta é reconhecida na **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/ CIF** da OMS (2004), que integra uma lista de Factores Ambientais. Estes “têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade” e, “organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao ambiente geral” (p. 12), são definidos como “o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida” (p. 152), qualificando-se como “facilitadores” ou “barreiras”¹⁰.

As interações entre ambiente físico, social, económico, cultural são grandes e as fronteiras por vezes pouco nítidas, sendo provavelmente mais útil pensar nestas várias vertentes – nomeadamente no que toca à zona de residência –, de um modo integrado. 20.

O desenvolvimento de espaços de vida promotores da saúde implica uma intervenção em múltiplas frentes. Algumas das questões que se colocam são idênticas às relativas à habitação – a qual, de resto, no entendimento da OMS se estende ao espaço e comunidade envolvente.

Um dos temas que tem tido mais reconhecimento como requisito essencial (crescentemente valorizado face à preocupação com o envelhecimento demográfico mas beneficiando toda a população) é o da redução de obstáculos e riscos e facilitação da utilização. Tal perspectiva de acessibilidade, visando assegurar “uma sociedade para todos”, já não se localiza só em certos edifícios ou equipamentos, estendendo agora a abordagem de design universal à generalidade dos produtos e ambientes construídos – da habitação, às vias de circulação e espaços abertos em geral, mobiliário urbano, edifícios de uso público, informação, transportes, etc.. Já editado em Portugal, o CEA (Caixa 21), contém inúmeras recomendações nesse sentido. A legislação nacional sobre acessibilidade e os planos nacionais para a acessibilidade e a integração das pessoas com deficiência e incapacidade (PNPA 2006-2015 e PAIPDI - ver Cap. 6: Caixa 10) serão alguns dos instrumentos de apoio a considerar.

“A Resolução ResAP (2001) 1 do Conselho da Europa sobre *Design Universal* toma como ponto de partida o direito de todos os indivíduos ao acesso, à utilização e compreensão do meio edificado responsabilizando a sociedade, em particular, os arquitectos, engenheiros e urbanistas a tornar realidade tal propósito.” (p. 44)

“O **Conceito Europeu de Acessibilidade** é o instrumento que todos devemos utilizar para ordenar e dar forma ao meio físico para que este se adapte a cada um e a todos os seus utilizadores” (p. 18).

“O meio físico edificado deve permitir que todos os indivíduos se desenvolvam como pessoas que são. Assim o *design* tem de ter em conta a diversidade da população e a necessidade que todos têm de ser independentes”; “um meio físico acessível tem de ser: respeitador da diversidade; seguro; saudável; funcional; compreensível; estético” (p. 20).

(CEA 2003: Conceito Europeu de Acessibilidade. Manual e Assistência Técnica. Edição portuguesa SNRIPD, 2005) 21.

Mas não se esgotam nas questões da acessibilidade e da facilitação da independência as potencialidades de um planeamento e gestão de espaços/ bairros/ comunidades/territórios promotores da saúde e bem-estar dos mais velhos. Recomendações contidas em diversos documentos internacionais – incluindo no Guia para Cidades Amigas do Idoso da OMS (Caixa 22) – ilustram vários aspectos a ter em conta.

¹⁰ Definidos na CIF do seguinte modo: “**Facilitadores** são factores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa. Incluem aspectos como um ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida. A ausência de um factor também pode ser um facilitador, por exemplo, a ausência de estigma ou de atitudes negativas. Os facilitadores podem impedir que uma deficiência ou limitação da actividade se transforme numa restrição de participação, já que o desempenho real de uma acção é melhorado, apesar do problema da pessoa relacionado com a capacidade.

Barreiras são factores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Incluem aspectos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.” (OMS, 2004, pp. 187-188).

O local onde se vive é importante para a saúde de qualquer grupo da população e de especial relevância na perspectiva das desigualdades em saúde – pelo que a **CSDH** produziu 5 recomendações sob o lema “*Healthy places Healthy People*”, contemplando 3 áreas de acção, que reflectem também as diferentes escalas a que se joga a questão: uma no plano local (“*Place health and health equity at the heart of urban governance and planning*”), outra remetendo para as assimetrias entre territórios e a necessidade de investir no desenvolvimento rural; e a terceira, de alcance global, referente às alterações climáticas e degradação ambiental.

(Relatório final da WHO - CSDH, 2008)

O Guia para políticas correctoras das iniquidades em saúde, desenvolvido nos EUA no âmbito da campanha sobre “**Unnatural Causes**”, contém também várias ideias e recomendações sobre este tema:

“Improve the Physical and Built Environment: Create more quality low-cost housing; tighten zoning to restrict noise and pollution; create more safe and inviting parks and green spaces; provide appropriate clean-up and removal of toxic material, “brownfields” and other environmental hazards; promote farmers’ markets and produce sales in local stores; improve traffic safety; ensure safe sidewalks and streets for pedestrians and bicyclists; provide reliable and lowcost public transit; encourage “green” development and pedestrian-oriented planning; discourage sprawl through incentives and restrictions; limit promotion and availability of harmful products; eliminate harmful targeted marketing, and minimize liquor, fast food and cigarette outlets” (p. 4) (Policy Guide - Unnatural Causes, 2008 - www.unnaturalcauses.org.)

Mas a importância de desenvolver ambientes favoráveis será acrescida para as populações idosas, sendo reflectida no **Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento**, onde se destaca como uma das três grandes prioridades traçadas - “*Ensuring enabling and supportive environments*” –, para além de merecer referências múltiplas no quadro de outros objectivos de saúde e bem-estar. Contemplam-se aí acções relativas ao ambiente construído, à tecnologia, aos transportes mas também ao ambiente social, cultural e institucional.

(UN, 2002)

O guia e *checklist* da OMS “**Global Age-friendly Cities**”, resultante de uma consulta internacional a idosos e prestadores de cuidados, identifica características desejáveis numa “*cidade amiga do idoso*”, organizadas em 8 tópicos que remetem para diversos determinantes da saúde e do envelhecimento activo. Três deles¹¹ – espaços exteriores e edifícios; transporte; habitação – centram-se em aspectos do ambiente físico urbano que têm “*a strong influence on personal mobility, safety from injury, security from crime, health behaviour and social participation*” (p. 9).

(WHO, 2007a, b) **22.**

Embora a investigação nacional nesta perspectiva seja insuficiente, os dados sugerem que a par de obstáculos a eliminar (e.g., de acessibilidade; degradação da paisagem/edificado), de riscos a reduzir (e.g., poluição atmosférica e sonora) e de recursos em falta (e.g., transportes públicos adequados), há também potencialidades a aproveitar (e.g., o clima, em geral ameno, incentivando actividades no exterior) e aspectos “tradicionais” positivos que importa preservar e/ou “reinventar”. Como características do espaço urbano que promovam e reforcem redes de vizinhança; integração do pequeno comércio local nas zonas de habitação, alimentando a sociabilidade e sentimentos de segurança; ou ainda práticas de agricultura ou jardinagem, que poderão ser (re)introduzidas nas cidades com benefícios múltiplos (Caixa 23).

A contribuição para a saúde e bem-estar da proximidade de **zonas verdes**, bem como o seu papel no incentivo à actividade física nos idosos, vem sendo já amplamente reconhecida. A nova política de Saúde Pública na Suécia determina mesmo: “*requirement for access to green areas adjacent to housing, which has a considerable bearing on people’s opportunities for physical activities, recreation and recuperation. It is particularly important to ensure that children, the elderly and the disabled have access to green areas*” (p. 12)

(Sweden’s new public health policy - Ågren, 2003)

23.(continua)

¹¹ Os restantes tópicos do Guia (WHO, 2007a), referem-se ao ambiente social, cultural e económico (respeito e inclusão social; participação social; participação cívica e emprego) e a determinantes relativos a informação e serviços (comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde).

Mais recente e menos explorado, é o interesse pelos benefícios que podem resultar de um envolvimento mais activo com a natureza – tal como acontece na **jardinagem/ horticultura**. Esta actividade pode, além disso, somar aos benefícios directos do exercício ao ar livre, satisfação e redução de stress, outros: quer para o próprio idoso (destaque-se o acesso a alimentos saudáveis, com vantagem para o orçamento doméstico, oportunidades de ocupação e de socialização, se em espaço colectivo); quer para a colectividade (no plano estético, clima urbano, sustentabilidade alimentar, etc.).

Crescem pois as iniciativas no domínio da agricultura urbana – por exemplo, em Londres, onde a campanha “Capital Growth” procura novos espaços para produção de alimentos na cidade (www.capitalgrowth.org/), o Projecto “Food Up” dá *kits* a quem queira iniciar algum cultivo no jardim, telhado, varanda ou outros espaços (www.foodupfront.org/) e o responsável autárquico defende o aumento de jardins nos telhados, como parte da estratégia para fazer face às alterações climáticas (www.sustainweb.org). O interesse por estes temas em clara articulação com a saúde é ilustrado também pela recente publicação na Escócia, por um grupo interdepartamental incluindo a NHS Health Scotland, do Guia “*Health Impact Assessment of greenspace*” (Vohra, 2008), que, entre outros, inclui um estudo de caso sobre um jardim/horta comunitária: o projecto “Gardens for People” em Plymouth.

Assinale-se que alguns **municípios portugueses** (Porto, Lisboa) estão também já a desenvolver **hortas urbanas** – um tipo de experiência que poderá ser interessante valorizar mais directamente em interligação com objectivos de promoção da saúde dos cidadãos mais velhos. 23.

A gestão adequada da questão do transportes e da mobilidade é outra área com múltiplas implicações para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos idosos e das população em geral. Espaços urbanos e políticas que possibilitem - e incentivem – o andar a pé ou de bicicleta, com segurança, têm benefícios potenciais tão diversos como o aumento da actividade física, da participação e da socialização e a redução dos acidentes, mas também a diminuição da poluição atmosférica e do ruído e a melhoria da qualidade da vida urbana. Tal exige um ordenamento do espaço urbano adequado (fomentando, por exemplo, a proximidade ao invés da dispersão), atenção às infra-estruturas de circulação, e a promoção de uma cultura que valorize este modo de transporte, entre várias outras linhas de actuação. Mas, complementarmente, é fundamental uma rede de transportes públicos acessíveis – tanto do ponto de vista económico e psicológico, como físico e prático (Caixa 24). A utilização de transporte próprio motorizado – relativamente rara entre os idosos portugueses – pode ser também facilitada por medidas que tornem a circulação mais segura e, por exemplo, cursos de actualização específicos para condutores idosos, bem como veículos adaptados.

“The conditions to make walking and cycling a feasible, safe and attractive option need to be created or re-established, to integrate physical activity into daily schedules. This requires substantial revision of present transport policies. Health benefits should be part of the objectives to be pursued through transport and land-use policies, and effective intersectoral partnerships are one of the mechanisms to move towards realizing such objectives. (...) We advocate transport systems that allow individuals to flexibly use different modes of transport, including walking and cycling, public transport and safe individual vehicle driving” (p. 4). Esta é a posição divulgada numa publicação da OMS, abordando os **transportes** e actividade física, com um enfoque nas crianças e idosos, que inclui diversos exemplos de iniciativas na região europeia.

(A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people. WHO-Europe - Racioppi *et al.*, 2002)

Quanto às características desejáveis nos **transportes públicos**, podem-se mencionar as recomendações do guia “Age-friendly Cities” focando aspectos tão diversos como: o custo; a frequência/horário e fiabilidade; a adequação dos percursos e interligação de transportes; as características dos veículos e estações; o comportamentos dos condutores; a criminalidade; a clareza da informação; os transportes para situações específicas; as condições para os condutores idosos, etc. (WHO, 2007a) 24.

Se o crescimento da população urbana justifica um preocupação inadiável com formas “sustentáveis” de organizar a cidade, é também essencial uma atenção específica aos espaços rurais, onde vive ainda uma importante percentagem da população idosa portuguesa – muitas vezes em territórios desertificados e economicamente deprimidos. Assegurar as necessárias infra-estruturas e serviços, a par de estratégias de desenvolvimento rural e de correcção de assimetrias inter-regionais, são também ingredientes para a promoção de um envelhecimento saudável.

Em Portugal, algumas experiências locais irão já concretizando vários dos aspectos identificados – embora a política nacional de saúde esteja ainda longe de reflectir adequadamente todas estas vertentes, bem como a necessária articulação com as políticas de outros sectores (Caixa 26).

Também a **política nacional de saúde** da **Finlândia** nos objectivos relativos aos **idosos** inclui esta como uma das linhas de acção: *“Residential, local service and transport environments must be developed for ageing population groups that will safeguard the conditions for an independent life even when their capabilities deteriorate. Local authorities should work for these targets through an old age strategy incorporated into the municipal plan, as part of their welfare programmes, in traffic planning, and in developing and adding to housing areas”*.

(Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Finland - Ministry of Social Affairs and Health, 2001)

Como se viu, a *“National Strategy for Housing in an Ageing Society”* do **Reino Unido** contempla igualmente a vertente **“Lifetime Neighbourhoods”**: *“As we grow older, the neighbourhood becomes increasingly important for the quality of our everyday life. (...) When local shops, local services, or the leisure centre are inaccessible, older people can become socially excluded. Our public spaces should be comfortable, welcoming and enjoyable. Our parks and shopping centres should be accessible and open to all. It’s often the simple things that can stop people getting out and about, like a lack of public toilets and benches. When there are barrier free neighbourhoods with attractive places to go, people get out more, stay active and participate in the community.”* (UK-DCLG, 2008b, p. 15). **25.**

Em Portugal uma das três estratégias que integram o **PNSPI** é precisamente *“promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores”*. Porém, as acções recomendadas quanto ao ambiente físico limitam-se, como se viu (Cap. 6 - Caixa 10), à informação aos idosos e prestadores de cuidados sobre barreiras arquitectónicas e prevenção de acidentes.

Mas algumas iniciativas no terreno são relevantes para este domínio. Para além das “Cidades Saudáveis”, que vêm sendo implementadas, também no nosso país, há já vários anos (www.redecidadessaudaveis.com)¹², está em preparação o desenvolvimento, nalguns municípios, do conceito “Cidades Amigas do Idoso”. **26.**

Em qualquer caso, se vários destes aspectos requerem um enquadramento político e legislativo a nível central (e outras ainda no plano internacional/global), esta é também, por excelência, uma área em que deve ser privilegiada a análise e intervenção de base territorial/local. É ao nível do bairro, da cidade e, nalguns aspectos, da região, que melhor se conhece a complexa interacção de factores e soluções a contemplar – como é também ao nível local que melhor se mobilizarão as populações para a indispensável participação. Sistemas de informação local adequada, bem como o desenvolvimento de mais investigação nacional numa perspectiva territorial e ecológica¹³ parecem ingredientes adicionais indispensáveis para a evolução na criação de “comunidades saudáveis para todos”.

4. Ligações saudáveis

As **relações interpessoais** e o **ambiente social** mais amplo são importantes factores de bem-estar e saúde, que nos mais velhos podem ter impacte em aspectos tão importantes como a esperança de vida, a manutenção da capacidade funcional ou a necessidade de institucionalização. As oportunidades de interacção e a qualidade das relações interpessoais; o suporte afectivo e prático disponível (e prestado); a integração social vivenciada; e, mais genericamente, os valores, atitudes, práticas e modos de organização ou envolvimento cívico vigentes nas comunidades locais, entre grupos sociais e na sociedade como um todo, são pois alvos potenciais de uma política de promoção de saúde e envelhecimento.

Os idosos em Portugal parecem ter genericamente alguns recursos significativos neste domínio que importa preservar e reforçar, como sejam: suporte familiar importante; contactos sociais e redes de

¹² Refira-se que no âmbito das cidades saudáveis europeias da OMS foi também constituída uma sub-rede ligada ao envelhecimento saudável.

¹³ De que existem já alguns exemplos – v.g., Machado, 2004; Santana, 2005.

vizinhança bastante presentes; sentimentos de ligação à comunidade; baixa conflitualidade intergeracional percebida. Mas há também algumas fragilidades e problemas – destacando-se, por exemplo, perdas relacionais importantes (viuvez e outros lutos); insuficiente diversidade de formas de participação social e, em especial, reduzido envolvimento comunitário e cívico dos mais velhos (e da população em geral); reduzida confiança social e nas instituições; provável preconceito etário/*ageism*; situações de abuso/violência, nomeadamente na esfera doméstica. Há ainda um grupo de idosos, minoritário mas importante, em situação de maior vulnerabilidade ao nível de apoio e integração social.

Fundamental é ter presente que os interesses e necessidades das pessoas idosas neste domínio são muito variáveis, bem como as suas circunstâncias objectivas. Factores como o género, nível educativo, capacidade económica, situação de coabitação, rede familiar ou estado de saúde tendem a associar-se a vivências sociais distintas. Mas análises simplistas, bem como soluções monodimensionais, têm poucas hipóteses de sucesso. A diversidade de oferta de oportunidades e a flexibilidade e personalização de serviços/actividades será nesta área, talvez mais ainda do que noutras, uma regra a seguir. Importa dar lugar à perspectiva da própria pessoa, com os seus interesses, recursos e dificuldades pessoais, e atender à sua situação total. Mas é essencial também, numa actuação de maior alcance, ir monitorizando e trabalhando os factores que à escala local, nacional (e global!) constituem o enquadramento social e cultural, que condiciona a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e comunidades.

Múltiplas intervenções são pois possíveis e desejáveis, neste vasto domínio, que abarca vários níveis e contextos: a esfera familiar e relações de amizade, as redes de vizinhança e outros grupos/contactos, mas também a comunidade mais alargada e a sociedade em geral. Como áreas e estratégias que poderão merecer especial atenção no quadro português avançam-se as seguintes sugestões:

- Rede de retaguarda:

um dispositivo eficaz de detecção e apoio precoce às pessoas idosas em maior risco de isolamento social e de insuficiência dos sistemas informais de suporte (Caixa 27). Fracos recursos socio-económicos, viver só e/ou ter problemas de saúde/limitação funcional, serão alguns sinalizadores de maior risco potencial, ainda que não haja regras únicas para identificação das situações prioritárias.

- Famílias apoiadas: maior apoio às famílias e/ou outras redes informais nas suas funções de suporte e enquadramento¹⁴ – através quer de serviços de prestação de cuidados, quer de informação/ formação/ capacitação, quer ainda de outras medidas (no plano legislativo, laboral, habitacional, etc.) que criem melhores condições para a vida familiar (incluindo a valorização do apoio que os próprios idosos prestam no contexto familiar), com especial atenção às situações de cuidados a idosos dependentes (Caixa 28).

De acordo com a revisão de literatura organizada pela IUHPE, intervenções eficazes para **reduzir o isolamento social** das pessoas mais velhas:

“- *are long term*

- *are group rather than one-to-one activities*

- *are aimed at specified groups, such as women or the bereaved*

- *allow participants some control*

- *use a multifaceted approach*” (p. 17)

(IUHPE, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Vol. 2 - Fletcher *et al.*, 1999)

A conclusões idênticas chega outra análise posterior: “*the review suggests that educational and social activity group interventions that target specific groups can alleviate social isolation and loneliness among older people. The effectiveness of home visiting and befriending schemes remains unclear*”.

(Cattan *et al.*, 2005) **27.**

“*The family should not be taken for granted and nor should it be regarded as the obvious and most desirable supportive network for all older people. Where the family wants to be and is wanted to be the supportive network, policy must ease the burden on the family in terms of both financial but also practical support.*”

(Leeson *et al.*, 2004, p. 54)

Particular atenção poderá ser necessária no apoio aos cuidadores: “*interventions including individual and family counselling, support groups, education and skills training can be effective in reducing psychological distress and improving caregivers' own coping skills and relationship with the person they are caring for*”.

(Healthy Ageing, 2007) **28.**

¹⁴ Ainda que este domínio não tenha sido aprofundado na presente pesquisa há já investigação nacional específica sobre o tema – v.g. Gil, 2007a; Sousa, Figueiredo, 2004.

● Comunidades saudáveis:

- aumento da oferta de oportunidades de participação social e cívica, acompanhadas dos apoios necessários para permitir o acesso de todos (ver pontos 6 a 8);
- planeamento urbano que favoreça a sociabilidade local e as redes de vizinhança (ver ponto 3);
- investimento em processos de reforço da capacidade das comunidades locais, facilitadores da auto-organização, cooperação e participação na decisão, envolvendo também os mais velhos (Caixa 29) – incluindo iniciativas de investigação-acção que permitam experimentar e avaliar metodologias adequadas às características e práticas da população e cultura nacional.

Reforçar a Acção Comunitária/"*Strengthen Community Actions*" é uma das cinco áreas-chave de actuação preconizadas na Carta de Otava, que visa o *empowerment* das comunidade, promovendo "*their ownership and control of their own endeavours and destinies*" (Ottawa, 1986).

Têm sido concretizados a nível internacional, projectos com populações idosas seguindo esta orientação. Um **exemplo** já clássico é o *Tenderloin Senior Outreach Project* (TSOP) que, ao longo de 16 anos, em zonas de S. Francisco com grande número de idosos a residir em "pensões" para pessoas de muito baixos rendimentos, promoveu a consciencialização dos problemas locais, identificou e apoiou *leaders* naturais, facilitou a criação de grupos e associações de residentes, e, genericamente, ajudou as pessoas a implementar mudanças na sua saúde e condições de vida (Minkler, 2005a).

29.

● Sociedades saudáveis:

- promoção activa de uma mudança cultural na imagem das pessoas idosas e do envelhecimento (Caixa 30);
- salvaguarda do direito à segurança e à dignidade: combate ao abuso, violência e negligência face aos mais velhos, no plano familiar mas também institucional e social, bem como, mais amplamente, aumento da segurança face à criminalidade, combate à discriminação e preconceito etário e atenção a "novos problemas" a que este grupo pode ser especialmente vulnerável, como a fraude contra o consumidor (Caixa 31);
- redução das desigualdades socioeconómicas e outras formas de desvantagem/discriminação, incluindo correcção das assimetrias territoriais;
- incremento das boas práticas governativas e, nomeadamente, da qualidade da relação das instituições e seus agentes com a população idosa; reforço do papel da sociedade civil (ver ponto 8).

*"Different societies produce disabilities quite apart from those that result from impairments and functional decline. Prejudice and discrimination in different arenas of life (work, transportation, involvement in political and economic activities) may disable and restrict people's activities more than do impairments and functional decline. It is therefore important, also from the disability prevention point of view, to **promote a positive culture of ageing** through education (not only for experts in the field of social and health care but also bringing in planners, architects, journalists, etc.)"*

(Disability in old age: Final Report - Burden of Disease in Old Age network project/BURDIS, 2004, p. 36)

A importância destes fenómenos de **discriminação e preconceito etário** é reflectida nomeadamente no Plano de Madrid, que tem como um dos objectivos a eliminação de desigualdades baseadas na idade (ou outras dimensões) no acesso aos cuidados de saúde (§74), preconizando-se ainda, entre as temáticas da área prioritária relativa a Ambientes Favoráveis, a promoção de "**Imagens do envelhecimento**" positivas (§112-113).

(UN, 2002)

Um dos 4 objectivos estratégicos da **política galesa** para os idosos envolve precisamente: "*Promote positive images of ageing and ensure that the over 50s are able to participate as fully as they wish in their communities (...)*". Traduz-se em várias medidas, remetendo para aspectos tão diversos como o evitar de estereótipos nos media ou na linguagem usada nos documentos oficiais, imagens de sucesso dos mais velhos veiculadas em eventos culturais, promoção de actividades intergeracionais, oportunidades de participação activa e instrumentos políticos baseados nos direitos humanos e equidade contemplando a discriminação etária.

(The Strategy for Older People in Wales: 2008-2013 - WAG, 2008)

Também em **Portugal** se justificaria uma estratégia dirigida à promoção de uma imagem positiva do envelhecimento e dos mais velhos.

30.

“Older persons should be able to live in dignity and security and be free of exploitation and physical or mental abuse.

Older persons should be treated fairly regardless of age, gender, racial or ethnic background, disability or other status, and be valued independently of their economic contribution.” Assim é formulado o Princípio da Dignidade, contemplado nos **Princípios das Nações Unidas a favor das Pessoas Idosas**, resolução que recomenda igualmente aos governos a inclusão nos seus programas nacionais dos restantes quatro princípios: Independência, Participação, Cuidados e Auto-realização.

(UN General Assembly - Resolution 46/91, on 16 December 1991)

Vários estudos e orientações para a intervenção têm sido produzidos pela OMS quanto ao Abuso de Idosos:

“A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide” (2008); “The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse” (2002); “World Report on Violence and Health”, Chap. 5 (Wolf *et al.*, 2002); “Missing voices: views of older persons on elder abuse” (WHO/INPEA, 2002)

(em http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse)

As orientações para a promoção de uma boa saúde mental recentemente emitidas pelo projecto europeu MMHE, recomendam, para o conjunto da população: “Securing public safety: People should be able to live without fear of violence or harassment on streets and other public places, in schools and in workplaces. This can be achieved by applying many available programmes (...)” (p. 18). No que toca especificamente aos mais velhos recomenda ainda: “Combating ageism:(...) politicians should ensure that human rights conventions are implemented with regard to older persons. Any kind of discrimination should not be tolerated” (p. 24).

(“Building Up Good Mental Health - Guidelines ...” - Lehtinen, 2008) **31.**

Muitos destes aspectos serão visados pelas outras vertentes desta proposta. Por exemplo, uma adequada orientação de serviços priorizará o apoio às pessoas em situação de maior fragilidade social mas visará também apoiar e reforçar as redes informais de suporte social existentes. Habitações e espaços públicos adequados reduzem, como se viu, os obstáculos à participação, aumentam a segurança e criam oportunidades de sociabilidade informal. Actividades de ocupação e aprendizagem, em grupo, são ocasiões privilegiadas para participação social. A participação cívica e o empowerment criam “capital social” e são ingredientes essenciais de relações saudáveis, marcadas pela interdependência/ reciprocidade e auto-determinação/controle, na família, com os prestadores e serviços e na comunidade /sociedade.

5. Estratégias e recursos de adaptação

A saúde pode ser descrita como um processo adaptativo. No envelhecimento, tem-se apontado, nesse equilíbrio dinâmico, o peso crescente das perdas, ainda que continue a existir possibilidade de crescimento e manutenção, bem como o papel activo do indivíduo em tal adaptação.

O resultado/ sucesso deste processo depende das oportunidades e condicionantes contextuais e dos **recursos pessoais** e **estratégias** adoptadas para lidar com as situações. Há intervenções que podem facilitar essas adaptações – quer reforçando recursos e estratégias de valor genérico, quer centrando-se em algumas dessas transições ou eventos críticos.

As propostas de políticas-chave ao nível da saúde, no referencial “Active Ageing” (WHO, 2002a), incluem:

“Psychological factors. Encourage and enable people to build self-efficacy, cognitive skills such as problem-solving, prosocial behaviour and effective coping skills throughout the life course. Recognize and capitalize on the experience and strengths of older people while helping them improve their psychological well being” (p. 49).

Para a promoção da saúde mental em geral: **“Developing personal skills** involves enabling personal and social development through providing information, education and enhancing life skills. Improving people’s knowledge and understanding of positive mental health as an integral part of overall health forms an important part of this action area (...)” (p. 33).

(“Building Up Good Mental Health - Guidelines ...” - Lehtinen, 2008) **32.**

Acontecimentos característicos nesta fase da vida que podem beneficiar de programas de apoio à adaptação são, por exemplo, a **reforma**, a **viuvez** (e outros lutos), a **doença**/perda de capacidade funcional, ou ainda a mudança de residência/**institucionalização**. Medidas como a criação de grupos de auto-ajuda ou acções de informação/ formação, bem como eventualmente serviços compensatórios, são algumas das

linhas de actuação que se têm revelado úteis face a estes eventos (Caixas 33 e 34).

A **viuvez** é um acontecimento particularmente stressante que, para além do impacte emocional da perda, exige também adaptações em múltiplas vertentes da vida do sobrevivente – da gestão do quotidiano, à situação económica e vida social – com importantes implicações potenciais na sua saúde e bem-estar. Uma modalidade de intervenção que se tem revelado útil com este grupo é a **criação de grupos de auto-ajuda**. Na revisão e literatura que empreenderam, Cattán *et al.* (2005) consideram generalizáveis os resultados positivos obtidos por Caserta, Lund e colegas, nos EUA, através de grupos de auto-ajuda de viúvo(a)s, mantidos por 8 semanas ou 10 meses. A facilitação era feita por profissionais ou por “pares” (que receberam formação e enquadramento do projecto), sendo os participantes (entre os 50 e 89 anos) identificados a partir de obituários dos jornais locais. Caserta e colegas (1999) posteriormente desenvolveram também, com resultados promissores, um programa **educativo** visando desenvolver competências em diversas áreas relevantes para a saúde e bem-estar, aprender como aceder a outros recursos e a lidar com a dor da perda. 33.

Programas de preparação para a reforma podem minorar alguns dos potenciais riscos e ajudar a maximizar oportunidades criadas por esta importante transição. Por exemplo, o sector da saúde no **Reino Unido**, desenvolveu a *Pre-retirement Health Initiative*, visando “to reach people at the time of retirement transition, supporting them in considering their health and wellbeing to increase the likelihood that they will experience a healthier and more active older age”. Os projectos piloto incluíam vários tipos de acções, desde *health-checks*, a formação, passando por actividades sociais e desportivas e materiais informativos (Bowers *et al.*, 2003).

Também em **Portugal** há já alguma experiência neste domínio: o projecto *Recrutar o Futuro*, da iniciativa do Instituto de Segurança Social, I.P., é desenvolvido de modo flexível pelas organizações aderentes, tendo, em princípio, componentes formativas, informativas e de gestão de recursos humanos. (<http://www.seg-social.pt/>) Existe igualmente investigação nacional sobre os aspectos psicológicos da passagem à reforma (v.g. Fonseca, 2005a). 34.

Há, por outro lado, indicações de que muitos dos portugueses mais velhos, podem ter também fragilidades significativas em **recursos psicológicos** que são promotores da saúde, do bem-estar e, genericamente, de uma boa adaptação no processo de envelhecimento - como o optimismo, a auto-estima e a resiliência - justificando o interesse de investigar estas dimensões e desenvolver, quando se justifique, intervenções específicas a elas dirigidas.

6. Um tempo de actividade

O envolvimento em diversos tipos de **actividades** ou esferas de **participação** é, em si mesmo, um dos objectivos últimos da promoção da saúde, sendo expressão de saúde /funcionalidade em sentido amplo (Caixa 35 - CIF) e um dos elementos chave do conceito de “envelhecimento activo”. Mas é, além disso, um importante factor determinante da manutenção da capacidade funcional (física e cognitiva), saúde e bem-estar.

De entre os vários domínios de Actividade/Participação contemplados na **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/ CIF** (OMS; 2004) podem-se talvez destacar, de modo não exaustivo:

- Vida doméstica
 - Aquisição do necessário para viver
 - Tarefas domésticas
 - Cuidar dos objectos da casa e ajudar os outros
- Interacções e relacionamentos interpessoais
- Áreas principais da vida
 - Educação
 - Trabalho e emprego – inclui trabalho remunerado e não remunerado
- Vida comunitária, social e cívica
 - Vida comunitária - inclui: associações formais e informais; cerimónias
 - Recreação e lazer - inclui: jogos, desportos, arte e cultura, artesanato, passatempos (“hobbies”) e socialização
 - Religião e espiritualidade
 - Vida política e cidadania (a aprofundar no ponto 8)

35.

Saúde21 - Target 5. Healthy aging ... "Social, educational and occupational opportunities, along with physical activities, increase older people's health, self-esteem and independence, and their active contribution to society." (p. 16)

(HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region - WHO, 1998b)

Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar: Saúde Mental dos Idosos ... "Promoção da participação activa dos idosos na vida comunitária, incluindo a promoção da actividade física e de oportunidades educacionais"... (2008) **36.**

O nível global de actividade será em si mesmo relevante – sendo a questão de uma adequada ocupação de tempo valorizada pelos próprios idosos.

Porém, actividades de diferente natureza tenderão a ter benefícios distintos. O significado e interesse de que se revestem para a própria pessoa são consideração primordial. Por exemplo, para muitas idosas portuguesas o assegurar das tarefas domésticas pode ser um importante factor de manutenção de identidade e auto-estima, enquanto outras pessoas valorizarão em especial a oportunidade de uma actividade produtiva na esfera pública (porventura a continuação, remunerada ou não, da actividade profissional). Mas, de um modo mais geral – e desde que em sintonia com as apetências individuais –, são de esperar potenciais vantagens associadas a actividades, por exemplo: de carácter pró-social; que envolvam contactos interpessoais; que impliquem algum grau de exercício físico; que envolvam desafio, aprendizagem e/ou criatividade.

Em Portugal poderá haver insuficiente diversidade nas ocupações dos mais velhos – em parte devido a falta de oportunidades e acessibilidade e, em parte também, a hábitos e experiências limitados, no país em geral, e, mais ainda, nesta geração. Melhorar a participação, em frequência e qualidade, passará então pela criação local de uma multiplicidade de oportunidades de actividade de modo a, flexivelmente, responder - expandindo...- os interesses e capacidades de cada um (Caixa 37 – exemplos).

Poderá ser particularmente útil a criação, por exemplo, de mais oportunidades de actividades:

- de educação/aprendizagem, formal e informal e outras que envolvam algum grau de desafio e/ou estimulação mental/ cognitiva;
- em grupo, sejam de carácter mais puramente recreativo, desportivo, cultural, cívico ou outro;
- que impliquem exercício físico, ainda que não de carácter desportivo (e.g., passeios, jardinagem);
- que envolvam a permanência ao ar livre e contacto com a natureza;
- com componente criativa e/ou artística;
- de carácter produtivo (em sentido lato);
- de voluntariado, bem como oportunidades mais informais de prestar apoio a terceiros e/ou contribuir de forma positiva para a colectividade¹⁵;
- associativas;
- em que os participantes estejam/sejam envolvidos na própria organização.

37.

As actividades deverão adequar-se às apetências e características socioculturais (heterogéneas!) dos indivíduos, sem esquecer eventuais dificuldades e limitações – o que não impedirá a proposta de experiências e o estímulo à progressiva adopção de novos interesses e práticas. Não bastará, pois, a existência de oportunidades. É igualmente necessário procurar criar condições facilitadoras da participação, bem como assegurar a remoção de obstáculos, por exemplo: custos financeiros, distância geográfica, dificuldades de mobilidade/ transporte, horários, falta de auto-confiança/auto-eficácia, percepção de barreiras culturais, etc. Haverá mesmo que procurar estender e adaptar este tipo de actividades às pessoas com maiores incapacidades (e.g., confinadas à habitação). Importa, por outro lado, incentivar o envolvimento e, se adequado, a progressiva responsabilização dos indivíduos/ grupos na própria organização das actividades. Naturalmente numa perspectiva a prazo, sublinham-se as vantagens de estimular a aquisição de mais e diversificados interesses, hábitos e ocupações ao longo de toda a vida – ou, pelo menos, na fase de preparação para a reforma, de modo a facilitar a transição do envolvimento profissional para outros papéis sociais e modos de ocupação diária.

¹⁵ As actividades de carácter cívico e político merecerão atenção destacada no ponto 8-Voz e Decisão.

Existem naturalmente em Portugal diversas propostas que contribuem para a participação e ocupação dos cidadãos mais velhos – promovidas por entidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos; especialmente dirigidas a este grupo etário ou abertas à comunidade; de carácter desportivo, cultural, recreativo, cívico, educativo, etc.

Numa perspectiva de promoção da saúde será útil analisar e, quando necessário, complementar, a oferta existente a nível local, em termos das características enunciadas (*Caixas 37 e 39*). Mas também avaliar os públicos visados (e.g., atendendo a factores como a escolaridade, nível de rendimento e género), a população efectivamente abrangida, obstáculos à participação e aspirações locais não satisfeitas. Sem uma atenção específica a estes aspectos existe o risco de não só não se atingir uma boa parte da população idosa, como ainda de exacerbar as desigualdades existentes.

A título de exemplo, é de considerar a hipótese de que:

- as actividades organizadas a partir de um Centro de Dia ou Centro de Convívio podem ter a vantagem de assegurar bom acesso (incluindo transporte), mas tenderão a captar sobretudo pessoas de nível socioeconómico mais baixo e/ou com restrições/incapacidades mais significativas;
- em situação oposta, estarão possivelmente iniciativas como as Universidades da Terceira Idade, os cursos e outras actividades do INATEL ou eventos culturais para a população em geral;
- o aproveitamento das oportunidades criadas em articulação com o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado junto de um grupo de idosos mais abrangente pode requerer acções complementares de incentivo e apoio à participação (já que é uma prática ainda com pouca expressão nesta faixa etária e com tendencial padronização socioeconómica);
- as actividades religiosas/ligadas à igreja, com significativa adesão, sobretudo entre a população feminina, podem ser um possível ponto de partida para alargamento da esfera de envolvimento comunitário. **38.**

A *checklist* resultante do projecto da OMS “**Age-friendly Cities**”, contém várias recomendações relativas à “Participação Cívica e Emprego” e também à “Participação Social”, incluindo-se nesta última, por exemplo:

- *A wide variety of activities is offered to appeal to a diverse population of older people.*
- *Venues for events and activities are conveniently located, accessible, well-lit and easily reached by public transport.*
- *Good information about activities and events is provided, including details about accessibility of facilities and transportation options for older people.*
- *There is consistent outreach to include people at risk of social isolation.”* (WHO, 2007b) **39.**

7. Mais informação, novas competências

O acesso à **informação**, a **literacia** (em saúde e noutras áreas diversas) e, genericamente, as oportunidades de **aprendizagem** e capacitação/desenvolvimento de competências ao longo de toda a vida são essenciais para lidar com a complexidade da sociedade actual e facilitar a adaptação dos mais velhos aos desafios quotidianos, alimentando as capacidades, recursos e confiança necessários à manutenção da independência e plena participação social. São pois factores de saúde e bem-estar físico e mental, integração social, *empowerment* e cidadania, do ponto de vista individual, e de ganhos em capital humano e em equidade para a colectividade. Estreitamente interligados com as vertentes abordados noutros pontos (em especial 6. e 8.), em Portugal estes aspectos justificarão especial ênfase dados os baixos níveis de escolaridade das gerações mais idosas.

Entre os temas do **Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento** encontra-se “*Access to knowledge, education and training*” (§35-39), incluindo:

“*Objective 1: Equality of opportunity throughout life with respect to continuing education, training and retraining (...)*” (§40);

“*Objective 2: Full utilization of the potential and expertise of persons of all ages, recognizing the benefits of increased experience with age.*” (§41) (UN, 2002)

Uma das propostas de políticas contidas em “**Active Ageing**”, no que toca à Participação é precisamente:

“*Provide education and learning opportunities throughout the life course*”, incluindo “*Basic education and health literacy*” e “*Lifelong learning*” (WHO, 2002a, p. 51). **40.**

Importa naturalmente promover a **informação** sobre saúde e temas com ela relacionados, como consumo ou direitos e serviços. Este último aspecto tem-se aliás revelado, a nível internacional, condição essencial para mais adequado acesso desta população a cuidados de saúde, prestações sociais, e outros (Caixa 41).

Informação é uma das áreas-chave para a independência dos mais velhos identificada em estudos no Reino Unido, conforme expõe o relatório da Audit Commission, apontando o seu impacto no *rendimento e benefícios, equipamentos e serviços* a que acedem. Mas, salienta-se, informação é mais do que folhetos. Por exemplo, a ajuda no preenchimento de formulários pode ser indispensável; nalguns caso é necessário aconselhamento individual; o contacto pessoal pode ser especialmente importante para encorajar uma primeira utilização, etc.

“Older people need advice from a source that they trust. They must see such a source as independent (...). This role was also seen as important (...) on whole system approaches to care services for older people. Older people do not want their lives to be organised for them, but they do need extra tools to help them to organise their own lives for themselves. At present the independence and well-being of many older people is being compromised because they do not know where to go to find out about the opportunities and services that might be available to them. Good-quality advice is central to older people’s ability to have choices and control over their lives.” (Audit Commission, 2004f, §94)

Este é um aspecto importante para promover também a equidade, como aponta a análise de boas práticas no âmbito de um projecto da EuroHealthNet: *“The use of personal advisors that provide individually tailored support is of particular importance when accessing groups with multiple needs. These advisors help individuals understand what services and benefits are available to them and how to access these.”* (Stegeman, Costongs, 2004, p. 22).

Encontram-se descritas diversas **experiências** neste domínio, noutros países europeus:

- Por exemplo, numa região do País de Gales através do sistema *“Better Advice Better Health”*, os médicos de família referenciam as pessoas idosas para voluntários, especialmente formados e enquadrados por um programa de voluntariado sénior, com financiamento público, que as apoiam na obtenção de prestações e benefícios sociais a que têm direito. (Case Study 4)

(Link-Age In Wales: Joining Up Services For Older People In Wales - DWP, WAG, 2005)

- Em Manchester, na Inglaterra, *“The Gateway Service provides a high profile, single point of access for older people and those working with them. Offering advice, supported information and navigation, the team provide a telephone service five days per week and face-to-face information and advice sessions across four localities. The Gateway Service links together existing services across health, social care, community groups and the third sector and in providing a ‘one stop shop’ approach can provide older people with all the information they need about services, activities and opportunities in the city. (...) has also developed an online directory of services; that is accessible to the public and professionals alike”* (“Practice Examples” da CSIP Networks, na internet¹⁶)

Em **Portugal**, por via telefónica, existe a Linha do Cidadão Idoso, iniciativa do Provedor de Justiça, que: *“pretende divulgar junto das pessoas idosas informação sobre os seus direitos e benefícios na área da saúde, segurança social, habitação, obrigações familiares, acção social, equipamentos e serviços, lazer, entre outras (...)”* (<http://www.provedor-jus.pt/idoso.htm>) **41.**

Mas, de um modo mais geral, a informação sobre diversas áreas e questões, da esfera de funcionamento individual e familiar à vida colectiva e institucional, é elemento chave de cidadania e desenvolvimento pessoal, bem como factor crítico para maior controle e *empowerment* – valorizada também como um aspecto essencial pelas próprias pessoas idosas (Caixa 42).

Comunicação e Informação é uma das dimensões valorizada no projecto **“cidades amigas do idoso”** da OMS. De entre as várias recomendações contidas na respectiva *checklist* pode-se citar:

“- A basic, effective communication system reaches community residents of all ages.

- Regular information and broadcasts of interest to older people are offered.”

(WHO, 2007b) **42.**

¹⁶ Do site da organização (ligada ao Department of Health do Reino Unido), página actualizada em 09/09/2008, em: <http://networks.csip.org.uk/Prevention/MakingItHappen/PracticeExamples/Access/>

A informação tem naturalmente de ser adequada e acessível aos públicos em causa, sendo indispensável assegurar um equitativo acesso aos recursos e meios que suportam a sua divulgação (Caixa 43).

• Em Portugal a reduzida escolaridade e os hábitos de acesso aos media das gerações mais velhas (e não só), sugerem a televisão como um meio privilegiado de transmissão de informação em grande escala. Quer em termos de programas informativos de tipo clássico, quer de estratégias que combinem informação e entretenimento (*edutainment*): “*Entertainment-education is a powerful tool to reach large numbers of people and engage hard-to-reach audiences: No one enjoys being lectured to but everyone enjoys and often learns from entertainment, whether broadcast through radio or television, or performed in person.*”
(Advancing Health Communication - Piotrow *et al.*, 2003, p. 5)

• Os contextos interpessoais, formais ou informais, terão também um papel insubstituível.

• Tal não implica a negligência de outros meios. O material escrito, por exemplo, que deverá usar uma linguagem simples, familiar e clara – como aliás, todas as formas de comunicação –, adoptando grafismo adequado ao público em causa.

• Importa incentivar e facilitar também o recurso às tecnologias - incluindo o uso de computadores e internet -, meios com vantagens potenciais acrescidas para pessoas com limitações de mobilidade ou outras incapacidades. Tal requer, porém, não só a prévia sensibilização e formação, mas também assegurar acesso aos equipamentos – ultrapassando, por exemplo, barreiras económicas e culturais – e a adequação de equipamentos e conteúdos a estes públicos¹⁷.

• Mais genericamente, toda a informação e sinalização – essencial, por exemplo, para a orientação e utilização de espaços públicos, transportes, serviços, etc. – deverá igualmente seguir as normas de acessibilidade/ *design* universal (v.g. CEA/Conceito Europeu de Acessibilidade – Caixa 21).

• Campanhas em larga escala, combinando diversos meios e actores, e de preferência de carácter participativo, têm-se revelado especialmente úteis para abordar tópicos específicos de maior prioridade.

• Alguns grupos de maior risco de (info-)exclusão exigirão estratégias pró-activas e personalizadas de outreach.

• Numa perspectiva de participação e *empowerment* importa, finalmente, incentivar o papel dos cidadãos mais velhos enquanto activos “produtores”, e não só “consumidores”, de informação/ comunicação. **43.**

Mas disponibilizar informação não basta. Importa igualmente promover as competências, confiança e motivação para a obter, compreender, analisar criticamente e usar na vida quotidiana – i.e., a **literacia**. Literacia em saúde, naturalmente, mas também literacia geral – que é em si mesma relevante para a saúde e a base para outras formas de literacia. E literacia noutras áreas específicas relevantes: a já referida literacia informática, literacia do consumidor, literacia dos media, etc. (Caixa 44). O seu desenvolvimento passará pela exposição a informação/comunicação, experiências pessoais e processos de educação formal e informal.

“*Access to good, reliable information is the cornerstone of health literacy. Yet providing information, even good information, is often not enough*”
(Kickbusch *et al.*, 2006, p. 9)

A **literacia em saúde** pode ser vista, numa perspectiva mais abrangente, como recurso que vai além das aptidões funcionais básicas, para incluir conhecimentos e competências que permitem exercer maior controle sobre a saúde e decisões que a influenciam.

Implica então a consciência e compreensão do conjunto dos factores que condicionam a saúde (incluindo os determinantes sociais), mas também as competências e auto-eficácia necessárias para agir modificando esses factores – seja na esfera de vida pessoal, seja no plano interpessoal, social e político.

Nesta óptica, a educação para a saúde visará:

- melhor adesão/*compliance* face às prescrições clínicas;
 - mudança de comportamentos/estilos de vida pessoais;
- mas também, por exemplo:

¹⁷ O Programa Acesso da UMIC – em que se enquadra a já referida “Rede Solidária” - aborda estes problemas, sendo também de destacar as responsabilidades do INR, IP ao nível do acompanhamento das questões da *Acessibilidade Electrónica* (<http://www.inr.pt/content/1/6/acessibilidade-electronica/>).

- maior capacidade de auto-gestão da doença, bem como o desenvolvimento de competências e auto-confiança para relacionamento e negociação com os serviços e os prestadores de cuidados;
- competências em organização social e *advocacy*, envolvimento em acções colectivas relativas à saúde e participação em processos de mudança de práticas e normas sociais.

(baseado em Nutbeam, 2000; 2008a)

Estes dois últimos aspectos merecerão especial atenção numa estratégia de literacia em saúde a desenvolver em Portugal, já que tendem a ser esquecidos nas práticas e no discurso actualmente dominantes – nos contextos de políticas e de saúde, como nos media –, os quais porão o ênfase nos factores e nas acções individuais ligadas aos “comportamentos saudáveis” e aos cuidados de saúde (ver ponto 7.2.2-Capacity Building). 44.

A oferta de oportunidades de aprendizagem para as pessoas idosas – seja no âmbito da literacia em saúde, da literacia geral ou outros conteúdos –, deverá seguir os princípios da **educação de adultos**, maximizando assim não só a sua eficácia educativa, mas também os ganhos em *empowerment*, participação/ integração social e saúde, com destaque para a saúde mental (Caixas 45 e 46 - metodologias e exemplos).

Contribuir para a aprendizagem dos adultos envolve um **conjunto diversificado de processos**: das experiências práticas de vida proporcionadas, passando por conteúdos de informação e comunicação em vários contextos e suportes (incluindo atenção aos sem vocação pedagógica directa, como mensagens veiculadas pelos media, discurso político, relacionamento com profissionais de saúde, etc.), até, finalmente, as acções educativas formais e informais. Fala-se pois numa “*learning society*”- “sociedade educadora”, em que tudo pode e deve tornar-se uma oportunidade para aprender e para realizar o potencial de cada um” (Melo *et al.*, 2002, p. 71).

As **acções educativas** (de educação para a saúde ou outras) dirigidas às pessoas idosas deverão adoptar metodologias em acordo com os princípios da educação de adultos (e.g., Imel, 1998). Também no quadro particular da educação para a saúde se tem observado a efectividade de acções educativas em grupos pequenos e promotoras de diálogo, por contraponto a sessões didácticas tradicionais; destaca-se neste contexto, pelo seu potencial empoderador e aplicabilidade a públicos pouco escolarizados, a pedagogia de educação de adultos de Paulo Freire¹⁸ (v.g. Wallerstein, 2006). 45.

No contexto português, sendo fundamental desenvolver tanto competências de literacia geral¹⁹ como de literacia de saúde, pode ser interessante promover acções que conjuguem os dois propósitos – como faz, por **exemplo**, “*Skilled for Health*” uma iniciativa transsectorial²⁰ britânica, que utiliza conteúdos de saúde como parte de um programa de literacia para adultos. Os materiais de aprendizagem e outros recursos são disponibilizados num portal online (http://rwp.qia.oxi.net/embeddedlearning/skilled_health/index.cfm)

Um tipo distinto de experiência de aprendizagem valoriza os conhecimentos dos próprios cidadãos - idosos ou não -, através da criação de “*Redes de Trocas de Saberes*”, um dispositivo em que “existe um catálogo onde se reúnem as ofertas e os pedidos de conhecimentos: as pessoas podem contactar-se directamente, mas há uma equipa de coordenação que dinamiza a rede”²¹. Com origem em França, constitui-se um movimento de redes desta natureza que se estende já a vários outros países (www.mirers.org) 46.

¹⁸ Uma das características deste tipo de processo de consciencialização/educação é o ciclo contínuo entre reflexão/diálogo e acção: “*Dialogue, or participatory critical reflection in interaction with others about barriers, norms, and institutions, enables the development of collective actions, for further reflection, leading to further action, in an ongoing cycle.*” (Wallerstein, 2006, p. 18).

¹⁹ Definida, por exemplo, como incluindo: “*reading and listening ability, numeracy, speaking ability, negotiation skills, critical thinking and judgment*” (Rootman, Ronson, p. S63, 2005).

²⁰ “*Is a cross-cutting Government–voluntary sector initiative between the Department of Health (DoH), Department for Education and Skills (DfES) and ContinYou.*” (http://rwp.qia.oxi.net/embeddedlearning/skilled_health/index.cfm, última consulta em 15.02.2009)

²¹ Artigo em linha, em <http://www.direitodeaprender.com.pt>, datado de 25.07.2008.

8. Voz e Decisão

Promover o **empowerment** dos indivíduos e comunidades e a sua **participação** e controle face às dinâmicas e decisões que afectam a sua vida e saúde é condição essencial para ganhos na saúde, bem-estar – e cidadania – das pessoas mais velhas, bem como para uma sociedade mais coesa e equitativa.

Atendendo à conjugação das múltiplas vulnerabilidades que afectam grande parte da actual geração de idosos em Portugal – económicas, educacionais, sociais, de saúde, etc. – e de défices que caracterizam a sociedade portuguesa em geral – e.g., no associativismo, no relacionamento entre Estado/instituições e cidadãos, etc. – esta temática merece especial atenção e destaque.

A política de saúde pública da Suécia inclui, como se viu, este entre os principais determinantes a visar: “Participation and influence in society is one of the most fundamental social conditions for public health and is therefore afforded its own objective. To achieve the overall national public health aim, particular importance shall be attached to strengthening the capacity and opportunity of economically and socially vulnerable people to participate both socially and culturally. Improving the scope of children, young people and senior citizens to influence and participate in society is also of considerable significance.”

(Objective 1 - The National public health strategy for Sweden in brief - SFI)

O relatório final da **Comissão da OMS sobre equidade em saúde**, inclui também várias recomendações sob o lema “*Political Empowerment – Inclusion and Voice*”, dividindo-se em duas áreas de acção:

- “*Action Area 1: Empower all groups in society through fair representation in decision-making about how society operates, particularly in relation to its effect on health equity, and create and maintain a socially inclusive framework for policy-making.*”
- “*Action Area 2: Enable civil society to organize and act in a manner that promotes and realizes the political and social rights affecting health equity.*”

(Rec. 14.1 a 14.4 – CSDH, 2008)

Por sua vez, um dos quatro temas na **The Strategy for Older People in Wales** é “*Valuing Older People*”: “*The Welsh Assembly Government are committed to tackling discrimination against older people, promoting positive images of ageing and giving older people a stronger voice in society.*

So how will we do this? • A National Partnership Forum for Older People; • Develop ways of promoting a positive image of older people; • Involving you with your local community, planning local services and infrastructure; • Develop policies to tackle poverty and social exclusion; • Promote the development of integrated services to meet your needs; • Develop a better community transport system”

(The Strategy for Older People in Wales: Summary²²) **47.**

Muitas das questões focadas nos outros pontos darão contributos essenciais para incrementar o poder de decisão e controle dos portugueses mais velhos sobre a sua saúde e sobre a sua vida em geral. Por exemplo, o acesso a recursos económicos e outras condições materiais adequadas serão requisitos fundamentais. Tal como o são a informação e literacia, ou uma imagem colectiva mais valorizada do envelhecimento e das pessoas idosas, bem como um quadro cultural mais favorável a uma acção efectiva. A participação nos vários domínios de actividade, propiciada por espaços “para todos” e comunidades/sociedades “saúdáveis”, é um veículo essencial para o exercício do controle individual e as acções para a capacitação de grupos/comunidades locais acrescentam-lhe uma dimensão de *empowerment* colectivo.

Os objectivos de *empowerment* e participação (comunitária, cívica e política)²³ desta população requerem porém também acompanhamento/monitorização específicos e medidas complementares adicionais.

Para que os idosos portugueses sejam mais activos no sentido de melhorar a sua saúde e tenham, mais genericamente, maior controle sobre a sua vida, importa desenvolver factores internos, que os dados sugerem poder ser actualmente deficitários – prendendo-se, por exemplo, com a consciência das vias possíveis de acção (incluindo a acção colectiva) mas, também, com as expectativas quanto à sua eficácia e até quanto ao próprio potencial de saúde/bem-estar (Caixa 48).

²² Brochura disponível em <http://wales.gov.uk/docrepos/40382/40382313/4038211/strategysummarye?lang=en>

²³ Valorizam-se neste tópico as várias vertentes de participação – comunitária, cívica, política – que se traduzam num maior poder /controle dos indivíduos sobre as diversas circunstâncias que afectam a sua vida/saúde. No ponto 7.2.2. o tema é retomado, sublinhando aí mais especificamente a questão de participação dos “beneficiários” no próprio dispositivo de decisão/ gestão de medidas/políticas de PromS65+.

O poder - “*poder interno*”/”**power within**” - começa no indivíduo requerendo: “*a change in their own perceptions about their rights, capacities and potential*” (p. 5). Para tal contribuirão intervenções focadas na agência individual - que aumentem a auto-estima, confiança e consciência das escolhas e direitos e que expandam aspirações bem como a capacidade de as transformar em acção -, mas também visando mudanças estruturais - nomeadamente nas atitudes e nos estereótipos vigentes (Luttrell *et al.*, 2007).

Por exemplo, a efectiva mudança de comportamentos individuais de saúde depende de sentimentos de auto-eficácia e controle pessoal – que, por sua vez, são alimentados pelas oportunidades de experimentar tal controle: “*Critical to forging a strong sense of personal control in older adults is the provision of [conducive] environments, social and emotional experiences, and motivational structures*” como salientam, por exemplo, Satariano e McAuley, defendendo a importância de uma abordagem ecológica para a promoção da actividade física das pessoas idosas (2003, p. 187).

48.

Mas as escolhas, decisões e acções relevantes para a saúde – como para o *empowerment* em geral - não podem cingir-se à esfera pessoal, sob pena de renúncia ao controle sobre os determinantes da saúde não individuais. Os vários níveis e “arenas” em que se podem influenciar esses determinantes da saúde (e a sua distribuição na população) - do nível micro, das opções de vida, cuidados/tratamentos, etc., passando pelo nível intermédio, da participação organizacional ou comunitária, ao nível macro, do envolvimento nas políticas e dinâmicas sociais -, são pois outros tantos planos em que importa incrementar a implicação nos processos de tomada de decisão e o controle das pessoas idosas. Entre as muitas interacções e estruturas sociais e institucionais em que os idosos portugueses deverão ter mais equitativo exercício de poder podem-se destacar, pelas mais óbvias implicações para a saúde (Caixas 49, 50):

- *empowerment* face aos cuidados e na relação com os médicos e outros prestadores de cuidados;
- participação nas várias etapas do planeamento/ gestão das acções, serviços e/ou organizações de cuidados que são utentes ou beneficiários;
- participação cívica e política, visando influenciar dinâmicas e políticas locais, nacionais e globais – tanto a título individual, como colectivo.

- Tem vindo a ser demonstrada a efectividade, por exemplo, de estratégias de **empowerment dos doentes**, e suas famílias, com diversos impactes positivos na auto-gestão da doença, comportamentos saudáveis, uso dos serviços, saúde mental e qualidade de vida. São essas algumas das conclusões da Health Evidence Network da OMS-Europa, que analisou, intervenções aplicadas à gestão da diabetes e mais doenças crónicas “*often consisting of support groups, educational opportunities, caregiver empowerment, patient decision-making, changes in health care services and advocacy efforts*” (Wallerstein, 2006, p. 11).

- Para além das acções junto dos utentes, importa igualmente atentar às características e funcionamento dos serviços e prestadores de cuidados - atendendo nomeadamente a que “*by tradition professional power dominates the health and social care system, and it has been argued that it forms a barrier to genuine patient/client participation*”, acentuando sentimentos de impotência dos idosos e exigindo medidas de reequilíbrio de poder (Janlöv *et al.*, 2006, p. 27).

Poderá ser conveniente considerar também acções que aumentem a sensibilização e preparação dos médicos e outros profissionais para uma comunicação mais centrada no paciente, incluindo com utentes face aos quais podem existir significativas diferenças socioculturais – inspiradas por exemplo em modelos de competência cultural

(v.g.: Association of American Medical Colleges, 2005, em www.aamc.org/meded/tacct/culturalcomped.pdf ; NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice, 2001, em www.socialworkers.org/sections/credentials/cultural_comp.asp)

(ver também ponto 9) 49.

Como factor de equidade em saúde, a **CSDH** da OMS recomenda que: “*National- and local-level government ensure the fair representation of all groups and communities in decision-making that affects health, and in subsequent programme and service delivery and evaluation*” (Rec. 14.3. - CSDH, 2008).

50 (continua)

Se a participação de utentes e/ou cidadãos está cada vez mais presente no discurso político e institucional, a sua concretização coloca inúmeras questões – mais ainda no que toca a grupos tendencialmente excluídos. Podem-se considerar vários **métodos** e também vários **graus** de participação dos cidadãos, sendo o seu contributo para o *empowerment* tanto maior quanto mais efectivo for o envolvimento e controle dos indivíduos/grupos nos processos de decisão (ver também *Caixa 73 – ponto 7.2.2*). Uma abordagem mais abrangente requer estruturas e processos a longo prazo, como salienta um relatório no Reino Unido, focando estratégias relativas aos idosos. Só assim se poderá avançar no que se podem considerar estádios progressivamente mais elevados de envolvimento dos utentes / cidadãos:

1. Informação: transmite-se informação sobre os serviços e/ou planos de futuro;
2. Consulta: recolhe-se a perspectiva das pessoas, antes da decisão (normalmente evento único);
3. Participação: discutem-se as questões para uma solução conjunta (normalmente processo contínuo);
4. Delegação: cria-se um enquadramento em que as pessoas decidem sozinhas;
5. Devolução: fornecem-se os recursos, permitindo às pessoas decidir como os usar.

(Audit Commission, 2004g)

No Reino Unido há, aliás, diversas **experiências** de envolvimento dos idosos – na área da saúde e outras: por exemplo, a já referida CSIP Networks, apresenta diversos exemplos de práticas sob o tema *Tackling ageism and promoting citizenship and involvement* (networks.csip.org.uk/Prevention/MakingItHappen/PracticeExamples/TacklingAgeism). De maior alcance foi a iniciativa nacional *Better Government for Older People* (BGOP), iniciada como um programa de investigação-acção e posteriormente estendida, com o objectivo de melhorar a articulação horizontal e vertical de serviços/ entidades, bem como de promover o envolvimento e cidadania dos mais velhos.

Carter e Beresford elencam vários dos modelos e técnicas que têm sido desenvolvidos visando a participação dos idosos, todos com qualidades e fraquezas e, portanto, de adequação variável consoante os contextos. Qualquer que seja o método há contudo duas componentes que é indispensável assegurar:

- Acesso, i.e., meios para as pessoas poderem influenciar as organizações/entidades que as afectam.
- Apoio/suporte, para ajudar a ultrapassar os obstáculos e discriminação. Sem este, “*only the most confident, well-resourced and experienced individuals and groups are likely to get involved*”. Inclui:
 - *support for personal development: to increase people’s confidence, assertiveness and expectations*
 - *support to develop skills: to participate fully and effectively and on their own terms*
 - *practical support: including information, advocacy, transport, payment and expenses*
 - *support for equal opportunities: to ensure equal access, regardless of age, ‘race’, gender, sexuality, disability and communication differences*
 - *support to get together and work in groups.*”

(Carter, Beresford, 1999, p. 13-14) **50.**

O efectivo envolvimento dos idosos, enquanto “pacientes”, utentes dos serviços, ou mais genericamente como cidadãos, nas tomadas de decisão que os afectam, deve pois ser encarado como um processo, de longa duração, em que à criação, por parte das instituições, de mecanismos participativos se terá que acrescentar atenção específica à eliminação de barreiras e o assegurar de apoios e incentivos à implicação mesmo daqueles com maior risco de exclusão (*Caixas 50, 51*).

Em Portugal, o forte défice de participação activa dos idosos que os dados indiciam, reforça o imperativo de investir num processo que se antecipa lento e necessariamente adaptado às realidades locais. O Relatório da Audit Commission/UK sobre este tema explora uma sucessão de **passos** a adoptar:

- “• *making contact*; • *building capacity*; • *using a range of methods and approaches*; • *ensuring sustainability*; • *reaching older people whose voices are seldom heard.*”

(Audit Commission, 2004g)

Um diagnóstico/estudo prévio pode ajudar a clarificar aspectos como: qual(ais) o(s) método(s) preferido(s) pelas pessoas para dar *feedback* face aos serviços (nalguns contextos tem-se verificado, por exemplo, que os idosos preferem entrevistas pessoais, em vez de questionários ou sessões de grupo); quais os obstáculos que enfrentam; que competências desenvolver; etc.. **51.**

A participação cívica numa lógica de auto-organização colectiva justifica especial atenção – e apoio – já que, para além de constituir instrumento essencial de influência política (*Caixa 75*, ponto 7.2.2.), terá também potenciais benefícios adicionais mais directos para a saúde e bem-estar, associadas às interações interpessoais que proporciona ao indivíduo e aos ganhos em coesão/ capital social que resultam para a comunidade.

Entre os idosos portugueses não são só as formas mais explícitas de participação política/cívica, individual e em grupo, que estarão em défice: mesmo modos de participação como o associativismo, de âmbito diverso, ou o voluntariado, têm escassa expressão. Atendendo ao maior potencial provável de mobilização destas e outras vias mais informais de participação comunitária, elas poderão constituir uma primeira meta da intervenção que facilite a evolução para outros modos de acção colectiva e auto-organização.

Um dos objectivos estratégicos da **política galesa** para as pessoas idosas é: *“Encourage volunteering programmes involving the over 50s in order to extend the active contribution of older people in society”*. Existe um *Strategic Action Plan for the Voluntary Sector* incluindo *“a campaign aimed at dramatically increasing the numbers of volunteers in Wales, and enhancing the quality and impact of volunteering experiences.”*

(The Strategy for Older People in Wales: 2008-2013. - WAG, 2008) **52.**

Como pano de fundo crucial para as questões da participação e *empowerment* saliente-se finalmente:

- transparência, *accountability*/responsabilização institucional e demais padrões de **boa governança**;
- quadro **legislativo** assegurando os direitos e não discriminação das pessoas idosas;
- quadro **social e cultural** mais favorável, quer em termos de imagem das pessoas idosas, quer da participação cívica e acção colectiva (áreas transversalmente deficitárias na sociedade portuguesa).

9. Cuidados promotores da saúde ²⁴

Sugerem-se, sem os aprofundar, três quadros de referência gerais – de resto, em boa parte convergentes – a valorizar no âmbito da (re)orientação dos serviços de saúde:

- Uma perspectiva de **promoção da saúde** nos cuidados – implicando entre outros aspectos, a centralidade do *empowerment* e da equidade e um entendimento abrangente e positivo da saúde dos indivíduos e das comunidades e dos factores (riscos e recursos, individuais e ambientais) que a determinam (Caixas 53 e 54).

Na Suécia, por exemplo, foi publicado um documento de apoio à adopção pelos serviços de saúde de uma abordagem mais promotora da saúde (como se viu – Caixa 8 - uma das onze áreas visadas pela Política de Saúde Pública sueca). Aí se identificam e abordam *“three main tasks for the health service in its role as public health promoter”*:

- *Support positive trends in individuals and groups*
- *Support equitable health development in the population*
- *Using health orientation as a strategy for providing more effective health service”* (p. 8).

(Towards a more health promoting health service - Summary of ... and examples of application. - SFI, 2006) **53.**

“Inadequate access to essential health services is one of several determinants of social inequities in health. It may not be the major determinant, but it is an important one for the health sector to tackle directly – to put its own house in order. Furthermore, the burden of payment for health services is a growing cause of poverty, particularly for socially vulnerable groups, and is one for which the health sector has special responsibility (and opportunity) to address effectively” (p. 7);

“equity in health care – can be seen as being multifaceted and incorporating ideas about fair arrangements that allow equal geographic, economic and cultural access to available services for all in equal need of care” (p. 11)

(Whitehead, Dahlgren, 2006)

“Healthcare systems offer benefits that go beyond treating illness – especially where they are integrated with other services (...). They can protect against sickness, generating a sense of life security, and can promote health equity through attention to the needs of socially disadvantaged and marginalized groups (HSKN, 2007). Health-care systems contribute most to improving health and health equity where the institutions and services are organized around the principle of universal coverage (extending the same scope of quality services to the whole population, according to needs and preferences, regardless of ability to pay), and where the system as a whole is organized around Primary Health Care (including both the PHC model of locally organized action across the social determinants of health, and the primary level of entry to care with upward referral)” (p. 95).

(CSDH, 2008) **54.**

²⁴ Ainda que tenha ficado fora do âmbito central do presente trabalho a análise da situação nacional nesta vertente, não se justificando pois detalhar aqui pistas de actuação, a (re)orientação dos serviços de saúde requer mesmo assim uma referência, como peça central de uma política de promoção de saúde dos idosos em Portugal.

- Uma perspectiva **age-friendly**/"amiga do idoso" – envolvendo nomeadamente atenção às barreiras à acessibilidade, aos riscos de discriminação etária/*ageism* e às questões de saúde mais frequentes nesta população (Caixas 55 e 56).

Apoiando-se na *Perth Framework for Age-friendly Primary Health Care*, a OMS desenvolveu um projecto sobre cuidados de saúde primários "amigos dos idosos"/"**age-friendly**" **Primary Health Care** (PHC), que salienta uma série de princípios para os Centros de CSP, centrados em 3 áreas de acção:

- "*improving the attitudes, education and training of health care providers so that they can assess and treat conditions that afflict older persons and empower them to remain healthy*"
- *adapting PHC management systems to the needs of older persons*
- *making physical access easier for older persons who may have mobility, vision or hearing impairments*". (p. iii)

De entre as várias recomendações contempladas pode-se destacar, por exemplo:

- "*All PHC centre staff should receive basic training in age, gender, and culturally sensitive practices that address knowledge, attitude and skills.*" (p. 11)
- "*All clinical staff in the PHC centre should receive basic training in core competencies of elder care.*" (p. 11)
- "*PHC centres should put into place mechanisms that facilitate and coordinate access to social and domiciliary care services.*" (p. 14)
- "*All relevant stakeholders, including older persons, should be part of participatory decision-making mechanisms regarding the organisation of the community-based care services.*" (p. 14)
- "*The common principles of Universal Design should be applied to the physical environment of the PHC facility whenever practical, affordable and possible.*" (p. 16)
- "*Safe and affordable transport to the PHC centre should be available for all, including older persons, whenever possible, by using a variety of community-based resources, including volunteers.*" (p. 16)

(Kalache et al., 2004) **55.**

No Reino Unido, foi estabelecido o **National Service Framework - for Older People**, um referencial para 10 anos visando modernizar e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo NHS (Serviço Nacional de Saúde) e serviços sociais, respondendo melhor às necessidades das pessoas idosas. São oito as áreas focadas:

- | | |
|---|---|
| • <i>Standard one: rooting out age discrimination</i> | • <i>Standard five: stroke</i> |
| • <i>Standard two: person-centred care</i> | • <i>Standard six: falls</i> |
| • <i>Standard three: intermediate care</i> | • <i>Standard seven: mental health in older people</i> |
| • <i>Standard four: general hospital care</i> | • <i>Standard eight: promotion of health and active life in older age</i> |

(UK-DH, 2001; no site <http://www.dh.gov.uk> é incluída informação de progresso actualizada)

Em **Portugal**, o diagnóstico efectuado no âmbito do presente trabalho também sugere como questões específicas de saúde da população idosa a merecer atenção, pela sua prevalência, a saúde mental (numa acepção mais ampla do que a de morbilidade psiquiátrica) e as doenças cerebrovasculares (e hipertensão). Outras causas de morte como a diabetes, ou, por exemplo, a pneumonia e tuberculose, ou ainda as causas externas, nos homens, poderão justificar igualmente destaque. Por outro lado, atendendo às implicações para a funcionalidade e/ou qualidade de vida assinala-se a dor crónica, as doenças reumáticas, a osteoporose, os acidentes/quedas e a incontinência. Algumas destas situações encontram-se mal caracterizadas nos idosos, requerendo investigação adicional – como é também o caso da mortalidade associada ao frio /inverno, e de uma temática tão central como a capacidade funcional (física e cognitiva) e limitações de actividade específicas. **56.**

Outras questões abordadas na literatura internacional como merecedoras de atenção nos cuidados à população idosa são a prescrição inadequada de medicamentos e a iatrogenese; medidas preventivas e correctivas face às perdas de audição e visão; a saúde oral (claramente negligenciada em Portugal); ou ainda a preparação dos profissionais para a detecção de situações de abuso.

Por outro lado, com vista à redução da incapacidade nesta população, serão de mencionar as seguintes recomendações:

- “Evidence supports the use of comprehensive geriatric assessment and management of sick elderly people. Increasing older people’s access to such services through additional training of all health professionals in both primary and secondary care in assessing and managing older people is needed.
- Evidence suggests that screening for frailty, or incipient frailty, [in the community] can successfully identify people who will benefit from comprehensive geriatric services. These services now need to be put in place.” (p. 35) (Disability in old age: Final Report - Burden of Disease in Old Age network project/BURDIS, 2004)

De âmbito mais vasto mas com claras implicações na saúde, é a importância de consideração específica dos mais velhos na preparação e acção face a situações de emergência/calamidade (v.g., www.who.int/ageing/emergencies/). 57.

- Sendo frequentes entre os mais velhos as (multi)patologias crónicas, para as quais o tradicional serviço de saúde se encontra mal preparado, torna-se particularmente relevante para este grupo a reorganização dos cuidados em função da **gestão (e prevenção) das situações crónicas** – envolvendo nomeadamente a articulação de serviços de saúde, sociais e outros (habitação, tecnologias de apoio, etc.), de modo a prestar um *continuum* de cuidados, coordenados, flexíveis e centrados no indivíduo, adequando-se às suas (múltiplas) necessidades e recursos, em evolução, e valorizando a permanência no seu contexto habitual de vida.

- “Unidimensional solutions to complex problems don’t work:
 - Access to medications is not enough to control the burden of chronic conditions. Health status and quality of life are not improved by medication alone.
 - Chronic conditions require an evolution of health care from an acute “find it and fix it” model towards a coordinated, comprehensive system of care.” (Innovative Care for Chronic Conditions: Meeting report – WHO, 2001)
- “WHO’s Non-communicable Diseases and Mental Health cluster has created a new framework for assisting countries to reorganize their health care for more effective and efficient prevention and management of chronic conditions. The **Innovative Care for Chronic Conditions Framework/ICCC** is centred on the idea that optimal outcomes occur when a health care triad is formed. This triad is a partnership among patients and families, health care teams, and community supporters that functions at its best when each member is informed, motivated, and prepared to manage their health, and communicates and collaborates with the other members of the triad. The triad is influenced and supported by the larger health care organization, the broader community, and the policy environment.”

(WHO - Fact sheet N° 172; Revised October 2002, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/en/index.html>) 58.

Um dos “corolários” destas orientações é a centralidade da pessoa idosa (como parte de uma família/comunidade e de um contexto social, económico, cultural, físico – e histórico – de vida), enquanto interveniente central no processo de tratamento e de reabilitação, como no de prevenção e promoção da saúde. O que fundamentará uma última linha de actuação:

10. Poder cuidar de si

Para que as pessoas idosas possam ter a efectiva possibilidade de adoptar decisões e **comportamentos** que melhor servem a sua saúde, importa acautelar um conjunto de condições – desde competências pessoais, a recursos e obstáculos ambientais. Muitos destes foram já focados noutros pontos: recursos financeiros, literacia de saúde, enquadramento doméstico/comunitário adequado, relação “empoderada” com os profissionais de saúde (e outros), no âmbito de um sistema integrado de cuidados, são pré-requisitos essenciais.

A complexidade e interligação dos factores em jogo aconselha, porém, uma análise e uma intervenção multidimensional face aos comportamentos específicos a promover, centrada nas circunstâncias específicas do indivíduo em causa e nas da comunidade em que se insere – havendo com frequência condicionantes que requerem também uma abordagem à escala nacional (e internacional).

*“**“Lifestyle”** is an adaptation to one's social environment. Unless lifestyle is constructed (as a category of intervention) in concert with the way that lifestyle is experienced by target group(s), interventions are unlikely to succeed.”* (p. 42)

“Fostering healthy lifestyles is about modifying the content of and relationship between lifestyles, life skills, and life circumstances.” (p. 42)

(Healthy Lifestyle: Strengthening the Effectiveness of Lifestyle Approaches to Improve Health. Health Canada - Lyons, Langille, 2000) **59.**

Algumas grandes categorias de factores tendem a ser comuns a vários tipos de comportamentos /práticas de saúde:

- informação/ literacia de saúde;
- acesso financeiro (crucial em Portugal, dada a grande proporção de idosos com muito baixos rendimentos);
- condições de saúde e funcionalidade física e mental;

Algumas advertências...

• *“Knowledge alone does not usually lead to behaviour change.*

• *Many short term strategies used to improve health have limited impact on their own.*

• *Social marketing on its own may increase/steepen the gradient between people with high and low socio-economic levels. Campaigns to influence lifestyle are more successful in changing behaviour among people with higher education and incomes, who have the most control over their lives, and the most options available to them.”* (Lyons, Langille, 2000) **60.**

- acesso físico (e.g., proximidade geográfica dos serviços, estruturas, etc.; barreiras à acessibilidade; adequação dos meios de transporte; percepção de falta de segurança);
- sistema de suporte adequado;
- quadro sociocultural favorável.

Alguns exemplos mais específicos a considerar, em três áreas importantes para a saúde dos idosos:

• para as **práticas de saúde** - as mais directamente ligadas aos cuidados de saúde, e.g., a adesão ao regime de medicação prescrito ou o recurso adequado aos serviços (incluindo vacinação, rastreio e vigilância de saúde) -, serão, entre outros, relevantes aspectos como:

- informação, adequada e compreensível (mesmo para baixos níveis de literacia), incluindo a possibilidade de diálogo sobre riscos e benefícios e decisão partilhada sobre o curso de acção a adoptar;
- o custo dos medicamentos e o seu provável peso excessivo no orçamento familiar dos agregados idosos, o acesso à saúde oral, ou o acesso a ajudas técnicas/tecnologias de apoio, são exemplos de áreas em que os obstáculos de ordem financeira são potencialmente problemáticos no caso português.

A revisão de literatura da WHO-HEN sobre prevenção da incapacidade conclui: “*The ability of older people themselves to better cope with disability risk factors and to manage chronic illness could be increased and improved through educational and counselling programmes*” (Heikkinen, 2003).

Para facilitar a auto-gestão das doenças crónicas pelos pacientes/famílias a ICCC avança vários exemplos de acções, incluindo (p. 80):

- “Desenvolver workshops educacionais e de capacitação para pacientes e familiares”
- “Usar material educativo impresso para complementar as orientações”
- “Proporcionar aos pacientes e às famílias acesso à informação e apoio ao autogerenciamento fora do estabelecimento de saúde, utilizando telefone ou Internet”
- “Usar recurso computadorizado de auto-avaliação do paciente para a preparação de materiais individualizados”

(Cuidados Inovadores para Condições Crônicas – WHO, 2002c/OMS, 2003) **61.**

- para a questão da **alimentação** (Caixa 62), haverá que ter em conta, por exemplo:

- acesso a alimentos adequados: a existência de comércio local acessível e/ou necessidade de apoio para a realização das compras; o custo dos alimentos, e em particular o custo e disponibilidade de alimentos saudáveis (e.g., legumes, frutas, peixe);
- eventuais dificuldades - ou desmotivação (e.g. de quem passou a viver só) - na confecção das refeições;
- informação/educação detalhada, atenta e adaptada às preferências e práticas culturais locais.

O relatório da IUHPE sobre eficácia de promoção da saúde com idosos conclui que há alguma evidência, ainda que limitada, de que a intervenção pode produzir **alterações nos comportamentos alimentares** dos idosos, sendo os resultados mais prometedores os de acções ‘**multifactoriais**’ recorrendo a estratégias de estabelecimento de objectivos e *feedback* individual. Nota ainda que as intervenções com uma componente social (como cafés comunitários) têm benefícios adicionais em termos de oportunidades de reforço das redes sociais.

Por outro lado, salienta que é necessária especial atenção ao melhorar de oportunidades e remover das várias barreiras que dificultam uma alimentação saudável nesta fase da vida. Tal implica nomeadamente a conveniência de acção governamental junto da indústria alimentar no sentido, por exemplo, de melhorar a rotulagem, reduzir o sal, disponibilizar mais alimentos “*low-fat*” e embalagens menores; orientar a Política Agrícola Comum para o consumidor, monitorizando o impacto na aquisição de alimentos pelos idosos; facilitar o acesso às lojas e o transporte de compras (envolvendo comerciantes, transportadoras e ONGs); avaliar o conteúdo nutricional e a aceitabilidade para os utentes das refeições fornecidas por instituições.

(IUHPE, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Vol. 2 - Fletcher *et al.*, 1999) **62.**

- para a **actividade física** serão de considerar nomeadamente:

- prováveis barreiras económicas e culturais à prática desportiva;

- condições locais (ao nível do bairro e localidade) que favoreçam andar a pé – e.g. estado dos pisos e outras condições de circulação de peões, segurança, espaços verdes, bancos, iluminação, sistema de transportes, etc. (ver ponto 3);

As **actividades quotidianas** e, em particular **andar a pé**, podem dar importante contributo para os níveis de actividade física diária aconselhável entre os idosos.

“*Walking and cycling as part of daily activities should become a major pillar of the strategy to increase levels of physical activity as part of reducing the risk of coronary heart diseases, diabetes, hypertension, obesity and some forms of cancer. Increasing non-motorized transport will also reduce air and noise pollution and improve the quality of urban life*” (p. 4). (A physically active

life through everyday transport... WHO-Europe - Racioppi *et al.*, 2002) **63.**

- oferta de actividades que se adequem a diversas apetências e capacidades – incluindo programas de exercício em casa e adaptados para as pessoas com maior fragilidade.

Tem sido advogada uma abordagem ecológica na ***promoção da actividade física nos idosos***, que dê conta da interacção, ao longo do tempo/curso de vida, das várias ordens de factores (biológicos, comportamentais, sociais, ambientais) que os estudos sugerem ser influentes nestes comportamentos (Satariano, McAuley, 2003). De resto, de acordo com estes autores, a evidência indica que os programas centrados no indivíduo – até à data predominantes – têm, por si só, frequentemente pouco sucesso na manutenção da actividade física²⁵.

Embora seja necessária investigação adicional sobre a forma mais eficaz de combinar a atenção aos determinantes contextuais (nomeadamente zona de residência) e individuais, vão já existindo vários exemplos de intervenções nesse sentido.

64.(continua)

● ***“Building Healthy Communities for Active Aging”*** - Nos EUA está a ser desenvolvido um Programa Nacional de Reconhecimento de comunidades que adiram a dois princípios, combinados:

→ *Smart Growth*: “development patterns that create attractive, distinctive, walkable communities that give people of varying age, wealth, and physical ability a range of safe, affordable, convenient choices in where they live and how they get around. Growing smart also ensures that existing resources are used efficiently and that lands and buildings that shape communities are preserved”.

→ *Active Aging*: “takes place when older adults regularly participate in a variety of structured and unstructured physical activities. Communities can promote Active Aging by implementing a diverse array of accessible physical-activity programs, and helping to make more accessible self-directed physical-activity opportunities for those 60-plus. All of these opportunities should emphasize activities that increase endurance, strength, flexibility, and balance, while adhering to the principles of injury prevention. Self-directed activities include walking, biking, fitness trails and similar activities that are appropriate for participants at various levels of fitness and functional ability”.

(www.epa.gov/aging/resources/factsheets/build_healthy-factsheet.htm, actualizado em 17/02/2009)

● Também o *Relatório da IUHPE* avança sugestões quanto a diversos tipos de características a contemplar na intervenção: formação dos profissionais de saúde para aumentar a sua efectividade na educação das pessoas idosas e minorar acidentes; inclusão de uma componente social nos programas (já que o envolvimento de uma rede de suporte não só reforça a participação nas actividades, como tenderá a trazer outro tipo de benefícios); políticas com incidência nas comunidades locais, reforçando aspectos como o envolvimento de grupos locais na disponibilização de infra-estruturas, a segurança para os peões e educação do público quanto a expectativas sobre níveis de actividade adequados nesta fase da vida; políticas de planeamento urbano e de transportes. O relatório conclui que programas de exercício físico para os idosos, sobretudo se de baixo custo e grande abrangência, serão um bom investimento, havendo dados favoráveis em termos de custo-eficácia, face aos importantes ganhos de saúde potenciais.

(IUHPE, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Vol. 2 - Fletcher *et al.*, 1999) 64.

²⁵ Em todo o caso, e dentro deste tipo de programas, será de notar que, em geral, se verificará superioridade das estratégias cognitivas-comportamentais sobre abordagens meramente educativas ou de transmissão de instruções (Satariano, McAuley, 2003). Outra revisão de literatura indica que “*telephone-based strategies for encouraging ongoing physical activity participation, either alone or in combination with group-based formats, have received the largest amount of empirical support*” (Heikkinen, 2003, p. 11).

7.2.2. QUANTO AO DISPOSITIVO DE INTERVENÇÃO

“the way policies and programs are implemented may be at least as important as their content”

(Lundberg *et al.*, 2008, p. 190)

A componente empírica do trabalho concentrou-se sobretudo na situação de saúde dos portugueses mais velhos, pelo que, no essencial, o seu contributo se cinge aos potenciais objectivos (e valores) estruturantes de uma política de PromS 65+ em Portugal. No entanto, o referencial PromS traçado (cf. Cap. 1) destaca a importância de se contemplar também explicitamente aquilo a que se chamou **Dispositivo** de intervenção – remetendo para a infra-estrutura e procedimentos que irão suportar a actuação. Alguns dos aspectos valorizados têm especial relação com os temas fortes da presente proposta, pelo que justificarão aqui breve menção (seguindo a organização por tópicos adoptada no Cap. 1, ainda que as várias questões estejam estreitamente interligadas).

a. Mecanismos de articulação/integração

• Nível Global – Nacional – Regional – Local

Todos estes níveis são relevantes na formulação e implementação de políticas de PromS65+, sendo essencial – embora não simples... (Caixa 65) – a adequada articulação e distribuição de responsabilidades. Tal questão é particularmente importante para muitas das áreas de actuação privilegiadas na presente proposta que, envolvendo acção local (e possivelmente, privilegiando até abordagens de base comunitária/ territorial), requerem simultânea intervenção face a dinâmicas/factores no plano nacional/internacional (e.g., desigualdades de rendimento).

“While ideally public health should be a responsibility for all levels of government, there is generally some degree of imbalance between central and local authorities. It is crucial, however, that there be four levels of public health authority: international, national, regional and local”

(Making decisions on public health: a review of eight countries. Allin *et al.*, 2004, p. 17)

“local responsibility is appropriate for many areas (...) but many distal determinants are of national or even international character, e.g. taxation, employment and labour market policy, pension systems, research funding, national statistics, surveillance and compilation of scientific knowledge”

(Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries. Chap. 5 - Hogstedt, Moberg, 2008, p. 354)

“There is a risk that, while responsibilities for health are increasingly delegated to the local level, policies that shape the social determinants of health and define the framework in which regulatory action can take place are set at European or global levels.”

(Health in All Policies, Chap. 2 - Koivusalo, 2006, p. 31) **65.**

• Intersectorialidade e parcerias

Se, por definição, a actuação PromS envolve múltiplos actores, de vários sectores e tipos de organizações, a importância de prover mecanismos de cooperação intersectorial dentro da administração pública, mas também envolvendo parceiros fora dela, é reforçada nesta proposta de PromS65+ que enfatiza determinantes sociais claramente exteriores ao sector da saúde (e.g. rendimento, habitação, planeamento urbano, transportes, educação, etc.).

*“With the ultimate aim of increasing informed policy-making and policy coherence, health considerations should be incorporated in all policy development and implementation processes at the various levels of policy-making. Since the early 1980s World Health Organization has advocated **intersectoral action** for health as an important strategy for achieving improved health (...)“Intersectoral action” has been used to refer to both various sectoral ministries as well as, more recently, to sectors in terms of public and private organizations, and other NGOs”*

(Health in All Policies, Chap. 14 - Ollila *et al.*, 2006, pp. 273-274) **66.**

Implementar uma política deste tipo implica que, assumindo o sector da saúde responsabilidade central no processo (senão como líder, pelo menos como catalisador), haja uma acção concertada com outros sectores e actores. Mas, mais genericamente, será fundamental colocar as questões-chave que ela evoca – saúde, equidade e envelhecimento – na agenda política de todas as áreas governativas e, prioritariamente, das mais directamente envolvidas nos determinantes destacados. Ou seja, propõe-se que

será crucial adoptar uma óptica de “*Health in All Policies*”/ Saúde em Todas as Políticas e, simultaneamente, de Equidade em Todas as Políticas (Caixas 67, 69).

“All policies should include evaluation of the potential health impacts, including the impact on older people’s health, as a framework for action on older people’s health.”

(Proven Strategies to Improve Older People’s Health - Guidelines for Policy-makers in the European Union. A Eurolink Age report - Walters, Drury, 1999, p. 11) **67.**

A implementação da política do País de Gales relativa às pessoas idosas exemplifica a inclusão desta temática em todas as áreas e níveis a governação: *“In the second phase of the **Strategy for Older People**, the emphasis is on ‘mainstreaming’ the concerns of older people, so that they are integrated into all policy areas. This means that they should be taken into account by all departments and in each of the core Strategies developed at the local level.”*

(The Strategy for Older People in Wales: 2008-2013. - WAG, 2008, p. 46) **68.**

A centralidade e premência que as questões ligadas às pessoas idosas e ao envelhecimento assumem na sociedade actual e as diversas fragilidades que afectam as presentes gerações de idosos em Portugal, argumentam ainda a favor não só do interesse de desenvolver uma política integrada

sobre esta temática, mas também a inclusão de uma óptica relativa ao envelhecimento /grupo idosos nas várias políticas sectoriais (Caixas 67 e 68).

Para tal será necessário criar **mecanismos** específicos, formais e informais, aos vários níveis de governação (Caixas 69 a 71) – incluindo, por exemplo, a generalização de *Health Impact Assessment* (já prevista em Portugal no PNS 2001-2010), contemplando também a avaliação do impacte na equidade e nos mais velhos (Caixa 69).

*“**Health in All Policies (HiAP)** is a horizontal, policy-related strategy with a high potential for contributing to improved population health. It is complementary to the more commonly known approaches of public health and health care services. The HiAP approach is to take into account the health impacts of other policies when planning policies, deciding between various policy options and implementing policies in other sectors.”* (pp. 270-271)

“Mechanisms and instruments for Health in All Policies: Public and political support is essential for health implications to be taken into serious consideration in policy-making. (...)

A good information base on health and health determinants, and proper analyses of the data, are prerequisites (...)

Legal mandates for the assessment of health implications of policies, as well as legal responsibilities to follow up and report population health trends and policies affecting them, are important instruments in institutionalizing health in other policies.(...)

Understanding health implications in national-level policy-making and political support for the proper consideration of those implications can be enhanced by, for example, parliamentary public health and public health policy reporting. Similar reporting has been carried out at local level.

Partnership and alliance building is essential for integrating HiAP. Many countries have chosen to use permanent intersectoral committees to prepare, implement and follow up HiAP.(...) More contemporary intersectoral bodies have also been formed on specific problems, issues or policy proposals. (...)

As a result of the increasingly multidimensional nature of policy-making there is, in general, an increasing need for consultation so as to increase policy coherence both between the various sectors and the various levels of policymaking. (...)

Health impact assessment (HIA) has been used as an instrument for not only assessing health implications but also for helping in the process of making health implications visible and taken into serious consideration in the policy-making processes (...)” (pp. 274-276)

(Health in All Policies, Chap.14 – Ollila et al., 2006)

*“What is **HIA**? Health Impact Assessment:*

- *Assesses plans, project, program or policies before they are implemented.*
- *Predicts the health impacts of these proposals (...)*
- *Recommends mitigation measures”* (p. 5)

“Equity is a core concern of HIA. HIA therefore focuses on the potential for a proposal to lead to unequal health impacts on particular groups within a population” (p.7)

(Health Impact Assessment: A Practical Guide. Harris et al., 2007) **69.**

A adequação dos múltiplos mecanismos possíveis depende das circunstâncias em causa - como ilustra o trabalho de análise de 18 casos de acção intersectorial para equidade empreendido no âmbito da CSDH (Caixa 70).

A OMS e a *Public Health Agency of Canada/PHAC* conduziram um conjunto de estudos de caso, em diversos países, que “*outline diverse experiences of action across sectors with positive impacts for health and health equity. (...) The plethora of approaches reflects the different contexts in which initiatives arose, the specific priorities that they addressed and the resources that were made available to them*” (p. ii). Temas chave identificados na análise foram:

- ♦ *The goals of intersectoral action vary.*
 - ♦ *Intersectoral action looks different at different levels of decision-making.*
 - ♦ *Building a strong case for intersectoral action is vital.*
 - ♦ *Building trust is key to developing and maintaining intersectoral action.*
 - ♦ *Models and structures to organize intersectoral action take a variety of forms.*
 - ♦ *Monitoring the processes and outcomes of intersectoral work is challenging.*
 - ♦ *The role of the health sector needs to be flexible.* (p. ii-iv)
- “*It is clear that there is not a ‘one size fits all’ model, and models change over time, as the health issues they are trying to address evolve and the intersectoral partnerships ebb and flow*” (p. 22) (Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. - Barr et al., 2008) **70.**

No Reino Unido foi criada uma figura específica visando apoiar a implementação do referencial para idosos do NHS (Serviço Nacional de Saúde) e serviços sociais: “*The Older People’s National Service Framework (NSF) introduced the idea of **older people’s champions** – individuals who would play a key role in promoting the interests of older people, particularly in health and social care. The current position on older people’s champions has since been summarised as follows:*

‘In general champions are people with a desire to improve older people’s services and are willing to work together and use their influence to stand up for the interests of older people. They have a role in ensuring older people have access to information about local services and plans for older people. All champions will be committed to rooting out age discrimination in access to treatment and services and helping to implement the NSF and related services for older people’.

(A toolkit for older people’s champions. Department of Health - OPDD, 2004, p. 1)

No País de Gales esta figura existe também a nível das autarquias, visando “*full representation of the concerns of older people and action across all relevant local authority departments*”

(The Strategy for Older People in Wales: 2008-2013. - WAG, 2008, p. 47) **71.**

• Participação

Esta temática, já valorizada, de forma mais abrangente, como área prioritária de actuação (8. Voz e Decisão), deverá naturalmente ter reflexo na infra-estrutura de PromS65+, em que as pessoas idosas/seus representantes (e a população em geral) deverão progressivamente assumir maior papel como

stakeholders/interlocutores

activos em todas as fases e níveis dos processos de decisão.

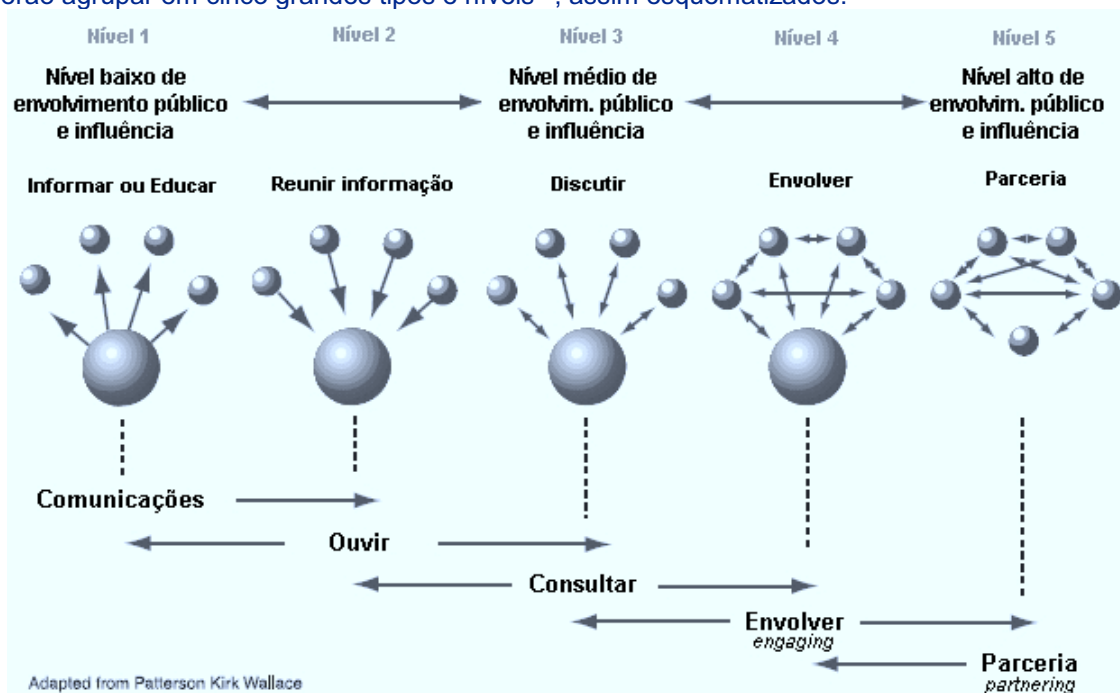
A estratégia galesa para as pessoas idosas inclui várias medidas para maior envolvimento dos mais velhos. Relata-se a experiência os primeiros 5 anos: “*Some local authorities have won Excellence Wales awards for their work in implementing the Strategy and establishing both **50+ forums** and **two way processes of communication** between the Council and older people. In many instances, representatives of 50+ forums sit on key decision making and scrutiny committees. Of course, this is not the only way in which older people can make their voice heard, but it does establish formal structures. Other avenues of influence can also be used creatively.*”

(The Strategy for Older People in Wales: 2008-2013. - WAG, 2008, p. 8) **72.**

Actualmente os mecanismos de participação dos cidadãos/utentes nas instituições/iniciativas do sector da saúde são reconhecidamente insuficientes – e tudo indica que será necessária uma atenção especial para concretizar maior envolvimento dos portugueses

mais velhos nas decisões em domínios que vão dos cuidados/ tratamento individuais à definição, implementação e avaliação de políticas, medidas e serviços de saúde/sociais, entre outros. Alguns destes processos participativos serão a título individual, outros envolverão grupos/ organizações da sociedade civil.

O Departamento de Saúde do Canadá disponibiliza um instrumento de apoio/*toolkit* onde se detalham múltiplas técnicas (e estudos de caso) de participação do público em políticas e serviços, as quais se poderão agrupar em cinco grandes tipos e níveis²⁶, assim esquematizados:



(adaptado de Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making - Health Canada, 2000 em www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_public-consult/2000decision/index-eng.php) [73.]

Em ambos os casos os procedimentos/mecanismos existentes deverão adequar-se aos grupos em causa, sendo simultaneamente necessário motivar, desenvolver capacidades, remover barreiras e prever eventuais apoios específicos à participação. Evoluir neste domínio envolverá possivelmente processos longos e experimentação para encontrar formas adequadas ao contexto sociocultural nacional (ver *área prioritária* 8). É, porém, um percurso essencial não só para o empowerment deste grupo da população, como para a adequação das acções e, tudo indica, para a própria viabilidade sustentada de políticas públicas saudáveis que valorizem os determinantes sociais da saúde e da equidade. Contrabalançar o desequilíbrio que se adivinha na actual infra-estrutura de saúde nacional – reflectindo-se nomeadamente em concepções e práticas de cariz predominantemente biomédico – exigirá o reforço da sociedade civil e do seu papel no processo de decisão política, condição associada também ao apoio (e pressão...) pública necessários à mudança (Caixas 74 e 75 – e *secção seguinte*).

Na discussão promovida pela WHO-Europa sobre a promoção da saúde da população através de políticas públicas, salienta-se, entre os métodos preconizados: ***“Changing public policies requires a policy for change: While investing for health involves substantial technical skill and professional management, the public will and expressed priorities should influence the flow and order of what health investments to make and in which policy sectors. Active and informed public participation throughout the investment process is essential. To achieve and to sustain this level of involvement will require a plan; this should include:***

- *full public disclosure of the health impact of social factors and forces on the public health;*
- *a strategy to mobilize public participation that could include the use of gatekeepers, people who are opinion leaders;*
- *a process for locating social entrepreneurs and networking with them;*
- *enlisting the support of relevant NGOs and providing them with necessary data on the issue; and*
- *broadening the motivational base by invoking the concept of the health as a human right.*

In support of the above, studies should be undertaken to understand the reasons why segments of the population are less likely to participate than others. What are the social inhibitors that cause people not to organize in support of a health investment objective?”

(Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants - Levin, Ziglio, 2002, p. 90) [74.]

²⁶ Ver também Caixa 50, quanto aos vários métodos e diferentes graus de participação/controlado dos cidadãos que implicam.

Efeito de Quebra-Nozes é a imagem utilizada para salientar a importância de conjugar o empenhamento político “*top-down*” com a acção e pressão “*bottom-up*” exercida pela **sociedade civil**, alimentando um clima favorável à adopção de políticas visando, nomeadamente, os determinantes sociais da saúde e uma maior equidade (Baum, 2007).

Por sua vez, salienta a CSDH-WHO, o desenvolvimento de formas de auto-organização (desde grupos de bairro a movimentos de âmbito global) requer apoios e incentivos de diversos tipos – por exemplo, providenciando: recursos; plataformas para maior visibilidade e *networking*; formação/*capacity-building*. É aliás recomendação da Comissão: “*Empowerment for action on health equity through bottom-up, grassroots approaches requires support for civil society to develop, strengthen, and implement health equity oriented initiatives.*”

(Rec. 14.4. – CSDH, 2008)

Também a Carta de Banguécoque consigna o papel das comunidades e sociedade civil na promoção da saúde e a necessidade de as apoiar para tal: “*Communities and civil society often lead in initiating, shaping and undertaking health promotion. They need to have rights, resources and opportunities so that their contributions are amplified and sustained. Support for capacity building is particularly important in less developed communities.*”

(Bangkok Charter, 2005) **75.**

b. Capacity building

Para além do genérico desenvolvimento de competências e optimização de condições da infra-estrutura/dispositivo de intervenção que é requisito essencial de qualquer iniciativa PromS, o diagnóstico efectuado e o tipo de política de PromS65+ levam a destacar:

- a importância de criar um ambiente político favorável ao tipo de abordagem preconizada, requerendo um esforço de sensibilização e informação alargado a toda a sociedade (Caixa 76), como factor de viabilização da mudança política (para além de ser, como se discutiu – *área prioritária 7* –, requisito de literacia em saúde da população);

“Building public awareness of the social determinants of health (...) Mechanisms need to be found that raise the visibility of population health in all policy sectors: social, economic and environmental. (...) The public debate on a variety of social, economic and environmental actions must be broadened to include the health dimension. Clearly drawing the public’s attention to the health implications of diverse public policies will be a continuing process based on practical political actions taken. (...)”

(Investment for health - Levin, Ziglio, 2002, p. 78)

Em Portugal parece justificar-se uma **campanha a nível nacional** neste plano, dirigida não só aos grupos etários mais velhos (ver *ponto 7 em 7.2.1.b*) como à população em geral e ainda a líderes de opinião, decisores políticos e profissionais de vários sectores. Acções de comunicação alargada (para as quais algumas estratégias “de mensagem” poderão ser particularmente úteis – v.g. Niederdeppe *et al.*, 2008), serão uma das vias a explorar para maior consciencialização dos vários actores sociais. **76.**

- a par da necessidade de investir na capacidade profissional específica requerida para a promoção da saúde e da equidade em todas as políticas (bem como de uma óptica de envelhecimento/idosos), vertentes até à data pouco contempladas no nosso país, dentro e fora do sistema de saúde (Caixa 77- *Competências*).

“Ensuring capacities for Health in All Policies In addition to knowledge of the determinants of health, HiAP calls for conceptual, analytical, managerial and political skills. (...) establishing new partnerships calls for flexibility, negotiating skills and the ability to work with different disciplines and interest groups are particularly important. A number of countries have made striking progress in improving such public health competences, placing public health experts in critical positions, particularly at local level. Health impact assessment training courses are already operating across Europe. Policies to promote equity in health have also led to training courses for people working outside the health sector. (...)”

(Health in All Policies, Chap. 8 – Ritsatakis, Järvisalo, 2006, p. 150) **77.**

c. Informação e conhecimento

A gestão do conhecimento é outro aspecto a exigir globalmente atenção explícita, como suporte essencial a qualquer política de PromS, suscitando o diagnóstico e proposta de PromS65+ esboçados o destaque nomeadamente das seguintes vertentes:

- **sistema de monitorização em saúde** que contemple de modo sistemático:

→ um conjunto abrangente de determinantes da saúde (incluindo factores não individuais e exteriores ao sistema de saúde), assim como inclusão de resultados positivos e que vão além das definições mais estritas de saúde (e.g., saúde mental, para além da doença mental; funcionalidade, por oposição a incapacidade, incluindo dimensões de actividade e participação; qualidade de vida). O trabalho empírico desenvolvido (Cap. 5) inventaria uma série de indicadores possíveis para esses fins, bem como algumas fontes de informação disponíveis, a nível nacional – e dados relevantes em falta...

→ a desagregação dos resultados e factores de saúde, por grupos socioeconómicos, bem como por outros factores sociais e geográficos relevantes, juntamente com medidas que permitam avaliar a magnitude, distribuição e evolução das desigualdades sociais em saúde (Caixa 78). O estudo desenvolvido (em especial Cap. 4) sugere um plano de análise de dados e vários índices úteis, ao mesmo tempo que salienta a conveniência de alargar este tipo de análise a outros resultados de saúde (e.g. causas de mortalidade; problemáticas específicas), determinantes e estratificadores sociais;

O 3º princípio de acção da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde valoriza a Monitorização, Investigação e Formação, incluindo a Recomendação de que:

*“National governments establish a **national health equity surveillance system**, with routine collection of data on social determinants of health and health inequity.”* (Rec. 16.2)

A CSDH identifica parâmetros mínimos para o sistema de vigilância – incluindo *“The first requirement is that governments ensure the availability of basic mortality and morbidity data, stratified by socioeconomic group and by regions within countries”* (p. 180). Este deverá progressivamente evoluir para um sistema mais abrangente, contendo, nomeadamente, *“data on a range of social determinants of health along the causal pathway (...) structured so that it is possible to follow time-trends”* (p. 181) (CSDH, 2008)

Já o relatório de Kunst *et al.* para a UE, em 2001, tinha concluído:

“It is possible to monitor socio-economic inequalities in cause-specific mortality and/or self-reported morbidity in most EU member states. (...) Detailed guidelines are now available that are both theoretically acceptable and practically feasible.” (Kunst *et al.*, 2001) **78.**

→ uma desagregação dos dados de saúde por idade, contemplando a população de 65+ anos (actualmente não discriminada ou mesmo excluída de vários indicadores) e, quando possível, distinguindo subgrupos etários dentro desta faixa;

- mais produção de conhecimento/ **investigação** nacional sobre os temas acima mencionados (de, um modo geral, pouco abordados a nível nacional) e, em especial, sobre a sua articulação; investigação/ avaliação relativa à actuação face às questões equacionadas como prioritárias (Caixa 79);

A existência de organismos com mandatos específicos sobre estas matérias pode ser útil: *“Establishment of one or several governmental agencies (e.g. a National Institute for Public Health or related organisation), if it does not exist, with responsibility to collect data on health inequalities, collect and disseminate examples of best practice in this field and support the actors at the local and regional levels. Such institutes have proven very useful in combination with substantial funding for long-term, multidisciplinary research initiatives”* (... policies in eight European countries - Hogstedt, Moberg, 2008, p. 355) **79.**

- consideração de uma **base ampla de informação/evidência**, quantitativa e qualitativa, multidisciplinar, e incluindo, para além de conhecimento científico/ técnico, também outras fontes de informação (e.g. resultado de consultas públicas), reflectindo o pluralismo e abrangência necessárias a uma adequada resposta aos vários tipos de questões;

- **divulgação – e discussão – alargada** da informação, nomeadamente como apoio aos acima mencionados esforços de *capacity building*, alimentando a consciencialização sobre o conjunto dos determinantes da saúde, as desigualdades e as vias de acção, e promovendo maior envolvimento de novo leque de actores nas questões de saúde em geral e nas políticas públicas saudáveis em particular – com destaque para a sociedade civil/ pessoas idosas (Caixas 80 e 81).

A importância de um sistema de informação que sirva audiências alargadas é já sublinhada na política de saúde HFA da OMS para a Europa – **Health 21**, nomeadamente nos **“Targets”**:

19.3 *health information should be useful to and easily accessible by politicians, managers, health and other professionals, as well as the general public;*

19.4 *all countries should have established health communication policies and programmes which support the agenda of health for all and facilitate access to such information”* (p. 199)

“Health information must become much more widely available and easily accessible, if HFA is to be properly understood and actively promoted. Decision-makers, health professionals, economists, architects, teachers, research workers, the media, the general public, etc. all need to be informed about health issues in a way which arouses both their interest in and commitment to the implications and processes of health improvement.” (p. 151) (Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region - WHO, 1999)

Há exemplos: *“(…)where popular versions of health reports and research findings have sensitized the public to the need for HiAP. When the public health programme in Sweden was prepared, short publications, particularly on “controversial” issues, were produced by well-known journalists and politicians, creating considerable discussion in the mass media. (...)”,* incluindo *“a document specifically for politicians and decision-makers regarding the health of older people”* (Ritsatakis, Järvisalo, 2006, p. 147) **80.**

Um aspecto essencial a sublinhar, ainda que não contemplado no presente trabalho, é que as necessidades de informação/conhecimento (como os demais tópicos) se colocam também a nível local, suscitando muitas vezes dificuldades acrescidas – mas igualmente potencialidades especiais, nomeadamente como apoio à

“Building capacity to collect and analyse data is often a precursor to community action on the social determinants of health and can enable communities to make choices and decisions on issues affecting their lives”

(CSDH, 2008, p. 183) **81.**

mobilização e
empowerment das
comunidades locais
(Caixas 81 e 82).

Roterdão na Holanda, tem sido pioneira num sistema de **informação local** de apoio a HiAP: *“Starting as an off-shoot of the Healthy Cities Project, data on local health problems were collected at neighbourhood level (...). The vast amounts of data collected led to the need to consider their relative importance and condense this into a summary figure. The health barometer therefore chose the 27 most important available neighbourhood indicators and divided these data into six groups leading to six scores by which a neighbourhood could be compared with the city mean, other neighbourhoods or itself over time. Later, a health monitor was developed that not only signals public health problems but also tries to identify determinants and offer solutions on a health policy and promotion level.”* (p. 148)

Também o município do Seixal é dado como exemplo, com um perfil de saúde regular abrangendo vários temas/ determinantes. (Health in All Policies, Chap. 8 – Ritsatakis, Järvisalo, 2006)

Proposta recente específica para um sistema local de caracterização saúde de idosos é a da WHO Healthy Cities **“Healthy ageing profiles - Guidance for producing local health profiles of older people”**

(Kanström et al., 2008) **82.**

Em síntese, a atenção a um conjunto alargado de dimensões e determinantes e às desigualdades sociais na saúde dos idosos - aspectos pouco presentes na actual política de saúde portuguesa -, requer novas estratégias (e.g. HiAP - e “ageing in all policies”). Estas, por sua vez, exigem uma adaptação da infra-estrutura, novos mecanismos e o envolvimento de outros actores, incluindo um papel acrescido da sociedade civil, com destaque para os próprios idosos - que serve paralelamente objectivos de *empowerment*. Essencial se torna um processo simultâneo de *capacity building* orientado para estas questões (crítico por exemplo para aumentar a participação pública) e um sistema de informação e conhecimento que reflecta e apoie tal abordagem.

Com base no diagnóstico efectuado e em práticas nacionais e internacionais, avançaram-se pistas quanto a possíveis linhas de actuação prioritárias – que mais não pretendem ser que contributos para a formulação de uma política de promoção da saúde da população idosa, num processo que deverá envolver os múltiplos sectores, níveis de actuação e tipos de intervenientes relevantes.

EPÍLOGO

Do propósito inicial de *reunir elementos de apoio à fundamentação de medidas e políticas promotoras da saúde e bem-estar das pessoas de 65 e mais anos em Portugal*, terão resultado como **principais contributos** do trabalho desenvolvido:

- elaboração de uma proposta de referencial conceptual (em linha com a perspectiva da Carta de Otava) sintetizando orientações de promoção da saúde;
- sua aplicação às questões do envelhecimento (de que se desconhecem outros exemplos, de idêntica abrangência, no quadro nacional);
- exploração qualitativa das concepções de saúde de idosos e da sua literacia (crítica) de saúde (tema sem investigação anterior em Portugal);
- caracterização da situação actual de saúde/bem-estar da população idosa em Portugal continental, abarcando um leque vasto de resultados de saúde e de factores determinantes (integrando elementos da esfera biomédica, psicológica, social, ambiental...);
- análise de desigualdades sociais em saúde dos idosos portugueses, quantificando diferenças absolutas e relativas entre grupos socioeconómicos e geográficos, quer em resultados, quer em determinantes da saúde (numa abordagem inédita na investigação realizada em Portugal junto desta faixa etária);
- identificação de indicadores que poderão integrar um eventual sistema nacional de monitorização da situação e desigualdades sociais de saúde na perspectiva adoptada, parte dos quais disponíveis em fontes de dados nacionais e internacionais de recolha regular e, portanto, passíveis de actualização futura;
- identificação de problemas, riscos e recursos de possível relevância especial para a saúde e bem-estar da população idosa portuguesa e de hipóteses em termos de actuação prioritária numa política de promoção da saúde deste grupo.

O principal mérito do presente trabalho decorre porventura da proposta de uma visão abrangente e integrada das questões de saúde/bem-estar da população portuguesa de 65 e mais anos, procurando estender a abordagem destas temáticas - de eminente e actual interesse social - a tópicos e perspectivas que têm sido insuficientemente considerados e, sobretudo, ensaiando uma conjugação pouco habitual de domínios, fontes e tipos de dados. Em contrapartida, resultam essencialmente também dessa mesma orientação os seus mais notórios défices e limites:

- profundidade de tratamento das temáticas incluídas (e.g. os vários determinantes da saúde) sacrificada, quer na componente empírica, quer mesmo na conceptual;
- abordagem empírica predominantemente descritiva - e nalguns casos simplesmente exploratória - com limitada análise de relações entre variáveis e aprofundamento de interpretações/explicações;
- dados de estudos exclusivamente transversais, não permitindo averiguação de relações causais, que, no entanto, estão muitas vezes necessariamente implícitas na discussão e implicações retiradas;
- recurso a fontes de dados diversas, com desigual qualidade e representatividade, cujos limites não foi viável aprofundar caso a caso.

Julga-se que tais limitações não obstarão contudo aos propósitos últimos que presidiram ao projecto: contribuir para uma abordagem integrada e compreensiva das questões da saúde (no)/(e) envelhecimento, facilitando a identificação de questões promissoras para futura investigação e intervenção, numa área de tão importantes repercussões para uma extensa faixa da população nacional. Relembrem-se, como exemplos de temáticas que parecem justificar atenção adicional, a monitorização das desigualdades sociais em saúde e aprofundamento dos mecanismos subjacentes; a experimentação e avaliação de processos que promovam mais activa participação dos cidadãos e mais consciente acção sobre os determinantes sociais/ estruturais da saúde; a investigação sobre fragilidades e recursos relevantes para a saúde mental completa dos idosos portugueses; ou ainda o recurso a metodologias/estudos multiníveis e abordagens ecológicas da saúde.

Pelo seu lado, os mais imediatos propósitos de aprendizagem/formação pessoal foram amplamente cumpridos, num percurso que se revelou rico de desafios e experiências diversificadas, fazendo apelo ao permanente desenvolvimento de um renovado leque de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E OUTRAS FONTES

- ABRAMS, D. ; LIMA, L. ; COUDIN, G. - *Experiences and Expressions of Ageism*. Question module design team (ESS Round 4) application form [Em linha]. European Social Survey, Feb. 2007. Disponível em www.europeansocialsurvey.org
- ADELAIDE *Recommendations on Healthy Public Policy*. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988 [Em linha]. WHO. (WHO/HPR/HEP/95.2). Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf
- ADSS ; LGA - *All Our Tomorrows: Inverting the triangle of care. A joint discussion document on the future of services for older people*. ADSS/Association of Directors of Social Services, LGA/Local Government Association, Oct. 2003. Disponível em <http://www.lga.gov.uk>
- AFSHAR, H. [et al.] - Gender, ethnicity and empowerment in later life. *Quality in Ageing - Policy, practice and research*. 3 : 1 (Mar. 2002) 27-33.
- AGE CONCERN - *Minimum income for healthy living. A summary of the research and Age Concern's recommendations*. London: Age Concern, [2005?]. Disponível em <http://www.ageconcern.org.uk>
- ÅGREN, G. - *Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden*. Revised edition 2003:58. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health/SFI, 2003.
- AGUIAR, P. - *Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.
- AHN, N. [et al.] - *Bio-demographic aspects of population ageing*. Brussels: European Network of Economic Policy Research Institutes, Jun. 2004. (ENEPRI Research Report; 1).
- ALBER, J. ; KÖHLER, U. - *Health and care in an enlarged Europe*. Autor organ. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
- ALLIN, S. [et al.] - Making decisions on public health: a review of eight countries. WHO - European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- ALMEIDA, J. F. - Velhos e novos aspectos da epistemologia das ciências sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 55 (2007) 11-24.
- ALMEIDA, J. F., org. [et al.] - *II Inquérito nacional: Os portugueses e o ambiente. Resumo* [Em linha]. Lisboa: Observa, 2001. Disponível em <http://www.observa.iscte.pt>
- ALMEIDA, M. F. - Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Fórum Sociológico*. 17 (2007) 13-22.
- ALZHEIMER EUROPE - *Dementia in Europe Yearbook 2006*. Luxembourg: Alzheimer Europe, 2006.
- ANDERSON, N. B. ; BULATAO, R. A. ; COHEN, B., eds. - *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. Autor organ. National Research Council. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2004.
- ANTONOVSKY, A. - The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11 : 1 (1996) 11-18.
- APAV - *Estatísticas APAV 2007: Totais Nacionais* [Em linha]. APAV, Unidade de Estatística, 2008. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/APAV_Totais_Nacionais_2007.pdf
- APAV - *Pessoas Idosas Vítimas de Crime - Estatísticas temáticas* [Em linha]. APAV, [2006]. Disponível em <http://www.apav.pt/estatisticas>
- ARNSTEIN, S. R. - A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*. 35 : 4 (July 1969) 216-224.
- ARO, A. A. ; VAN den BROUCKE, S. ; RÄTY, S. - Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education*. Supplement: 1 (2005a) 10-14.
- ARO, A. R. ; AVENDANO, M. ; MACKENBACH, J. - Health Behaviour. In BÖRSCH-SUPAN, A. [et. al.] eds. - *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the SHARE*. Mannheim: MAE, 2005b. Cap. 3.4, p. 102-107.
- ASLOP, R. ; HEINSOHN, N. - *Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators*. The World Bank, Feb. 2005. (Policy Research Working Paper; 3510). Disponível em <http://econ.worldbank.org>
- AUDIT COMMISSION - *Assistive technology. Independence and well-being 4*. London: Audit Commission, 2004b.
- AUDIT COMMISSION - *Assistive technology. Supporting Report 4 (Extended)* [Em linha]. London: Audit Commission, 2004d. Disponível em <http://www.audit-commission.gov.uk>
- AUDIT COMMISSION - *Fully equipped 2002 - Assisting independence*. London: Audit Commission, 2002.
- AUDIT COMMISSION - *Implementing telecare: Strategic analysis and guidelines for policy makers, commissioners and providers*. London: Audit Commission, 2004e.
- AUDIT COMMISSION - *Older people - A Changing Approach. Independence and Well-being 1*. London: Audit Commission, 2004f.

- AUDIT COMMISSION - *Older people – Building a strategic approach. Independence and Well-being 2*. London: Audit Commission, 2004g.
- AUDIT COMMISSION - *Older people - Independence and well-being: The challenge for public services*. London: Audit Commission, 2004a.
- AUDIT COMMISSION - *Support for carers of older people. Independence and well-being 5*. London: Audit Commission, 2004c.
- AVENDANO, M. ; ARO, A. R. ; MACKENBACH, J. - Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries. In BÖRSCH-SUPAN, A. [et. al.] eds. - *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the SHARE*. Mannheim: MAE, 2005. Cap. 3.2, p. 89-94.
- ÁVILA, P. - *A literacia dos adultos: competências-chave na sociedade do conhecimento*. Lisboa: ISCTE, 2005. Tese de doutoramento.
- AVLUND, K. ; DAMSGAARD, M. T. ; OSLER, M. - Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *European Journal of Public Health*. 14 : 2 (Jun. 2004a) 212-216.
- AVLUND, K. [et al.] - Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 38 : 1 (Jan. 2004b) 85-99.
- BACKMAN, G. [et al.] - Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*. 372 : 9655 (Dec. 2008) 2047-2085.
- BAILIS, D. S. [et al.] - Perceived control in relation to socioeconomic and behavioral resources for health. *Social Science & Medicine*. 52 : 11 (Jun. 2001) 1661-1676.
- BAILIS, D.S. ; CHIPPERFIELD, J.G. - Compensating for losses in perceived personal control over health: a role for collective self-esteem in healthy aging. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*. 57 : 6 (Nov. 2002) P531-539.
- BALFOUR, J. L. ; KAPLAN, G. A. - Neighborhood Environment and Loss of Physical Function in Older Adults: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*. 155 : 6 (2002) 507-515.
- BALL, K. [et al.] - Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*. 288 :18 (Nov. 2002) 2271-2281.
- BALTES, M. M. ; CARSTENSEN, L. L. - The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society*. 16 (1996) 397-422.
- BALTES, P. B. ; BALTES, M. M. - Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In BALTES, P. B. ; BALTES, M. M., eds. - *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. Cap. 1, p. 1-34.
- BALTES, P. B. ; FREUND, A. M. - Human Strength as the Orchestration of Wisdom and Selective Optimization with Compensation (SOC). In ASPINWALL, L. ; STAUDINGER, U., eds. - *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: APA Books, 2003. Cap. 2, p. 23-35.
- BALTES, P. B. ; SMITH, J. - New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*. 49 : 2 (Mar./Apr. 2003) 123-135.
- BALTES, P. B. ; STAUDINGER, U. M. ; LINDENBERGER, U. - Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*. 50 (1999) 471-507.
- BANGKOK Charter for Health Promotion in a globalized world (11 August 2005) [Em linha]. WHO [Consult. 11.08.2005]. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- BARDAGE, C. [et al.] - Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *European Journal of Ageing*. 2 : 2 (2005) 149-158.
- BARR, V. [et al.] - Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. WHO, PHAC/Public Health Agency of Canada, [2008].
- BAUER, G. ; DAVIES, J. K. ; PELIKAN, J. - The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*. 21 : 2 (2006) 153-159.
- BAUER, G. [et al.] - Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development: Proposal from the EUHPID consortium. *European Journal of Public Health*. 13 : 3 (Set. 2003) 107-113.
- BAUM, F. - Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*. 14 : 2 (2007) 90-95.
- BAUM, F. - The Commission on the Social Determinants of Health: reinventing health promotion for the twenty-first century?. *Critical Public Health*. 18 : 4 (Dec. 2008) 457-466.
- BAUM, F. ; PALMER, C. - 'Opportunity structures': urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health Promotion International*. 17 : 4 (Dec. 2002) 351-361.
- BAUM, F. E. [et al.] - Epidemiology of participation: an Australian community study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54 : 6 (Jun. 2000) 414-423.
- BEATTIE, B. L. [et al.] - A vision for older adults and health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 18 : 2 (2003) 200-204.

- BEN-SHLOMO, Y. ; KUH, D. - A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*. 31 : 2 (Abr. 2002) 285-293.
- BENYAMINI, Y. ; LEVENTHAL, E. A. ; LEVENTHAL, H. - Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science & Medicine*. 56 : 8 (Apr 2003) 1661-1667.
- BEST, A. [et al.] - An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. *American Journal of Public Health Promotion*. 18 : 2 (Nov./Dec. 2003) 168-176.
- BLAKELY, T. ; HALES, S. ; WOODWARD, A. - *Poverty: Assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels*. Geneva: WHO, 2004. (Environmental Burden of Disease Series; 10).
- BLANE, D. [et al.] - Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine*. 58 :11 (Jun. 2004) 2171-2179.
- BLAXTER, M. - Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science & Medicine*. 44 : 6 (1997) 747-756.
- BOARDMAN, J. D. - Health pessimism among black and white adults: the role of interpersonal and institutional maltreatment. *Social Science & Medicine*. 59: 12 (Dec. 2004) 2523-2533.
- BOGERS, R. P. [et al.], eds. - *Final report of the HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe) Project* [Em linha]. Bilthoven, The Netherlands: RIVM, 2005. Disponível em <http://www.rivm.nl>
- BOLAM, B. [et al.] - "Just do it": an analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups". *Critical Public Health*. 13 : 1 (2003) 15-3.
- BONANNO, G.A. ; WORTMAN, C.B. ; NESSE, R. M. - Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging*. 19 : 2 (Jun. 2004) 260-271.
- BONNEFOY, J. [et al.] - *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health [Em linha]. Geneva: WHO, 2007. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/publications/
- BONNEFOY, X. - Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*. 30 : 3/4 (2007) 411-429.
- BONNIE, R. S. ; WALLACE, R. B. - *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2003.
- BORGLIN, G. ; EDBERG, A. ; HALLBERG, I. R. - The experience of quality of life among older people. *Journal of Ageing Studies*. 19 : 2 (May 2005) 201-220.
- BORTZ, W. M. - Biological Basis of Determinants of Health. *American Journal of Public Health*. 95 : 3 (Mar. 2005) 389-392.
- BOTELHO, A. - A funcionalidade dos idosos. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. M., coords. - *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005, p. 111-135.
- BOWEN, S. ; ZWI, A. B. - Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action. *Public Library of Science Medicine*. 2 : 7 e166 (2005) 0600-605.
- BOWERS, H. [et al.] - *The gap years: rediscovering mid-life as the route to healthy active ageing*. A report of a national evaluation of eight pilots focusing on improving health for people in midlife (50 to 65 years). London: Health Development Agency, Sep. 2003.
- BOWLING, A. - A taxonomy and overview of quality of life. In BROWN, J. ; BOWLING, A. ; FLYNN, T. - *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature* [Em linha]. Sheffield, UK: European Forum on Population Ageing Research, 2004a. Part 1, p. 6-77. Disponível em <http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk>
- BOWLING, A. - *Ageing well: quality of life in old age*. Maidenhead, England: Open University Press, 2005. Cap. 1, p. 1-43.
- BOWLING, A. - Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *European Journal of Ageing*. 3 : 3 (Sep. 2006) 123-136.
- BOWLING, A. - Socioeconomic differentials in mortality among older people. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 : 6 (Jun. 2004b) 438-440.
- BOWLING, A. ; DIEPPE, P. - What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*. 331 (Dec. 2005) 1548-1551.
- BOWLING, A. ; ILIFFE, S. - Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*. 35 : 6 (Nov. 2006) 607-614.
- BOWLING, A. [et al.] - A multidimensional model of the quality of life in older age. *Ageing & Mental Health*. 6 : 4 (2002) 355-371.
- BRAAM, A. W. [et al.] - Physical health and depressive symptoms in older Europeans: Results from EURODEP. *British Journal of Psychiatry*. 187 : 1 (July 2005) 35-42.
- BRANCO, M. J. ; NOGUEIRA, P. ; CONTREIRAS, T. - *Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental*. Relatório. Lisboa: ONSA, INSA, Jul. 2005.
- BRANCO, M. J. ; PAIXÃO, E. - *Uma observação sobre Cuidados Continuados no domicílio*. Relatório. Lisboa: INSA, Maio 2008.
- BRANCO, M. J. [et al.] - *Uma observação sobre a segurança na habitação. Exposição ao risco de acidentes domésticos*. Relatório. Lisboa: ONSA, INSA, Dez. 2004. Disponível em <http://www.insa.pt>

- BRANCO, M.J.; NOGUEIRA, P.J.; DIAS, C.D. - *MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: ONSA, INSA, Out. 2001.
- BRANDT, Å. N. - *The significance of the outdoor environment for older people and persons with disabilities living in special service accommodation*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2005.
- BRAVEMAN, P. - Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*. 27 (2006) 167-194.
- BRAVEMAN, P. ; EGERTER, S. - *Overcoming Obstacles to Health*. Report From the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation, Feb. 2008.
- BREEZE, E. [et al.] - Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. *International Journal of Epidemiology*. 34 : 2 (April 2005) 276-283.
- BREEZE, E. [et al.] - Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 : 8 (Aug. 2004) 667-673.
- BRENES, G. A. [et al.] - Do Optimism and Pessimism Predict Physical Functioning? *Journal of Behavioral Medicine*. 25 : 3 (June 2002) 219-231.
- BROWN, J. ; BOWLING, A. ; FLYNN, T. - *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature* [Em linha]. Sheffield, UK: European Forum on Population Ageing Research, 2004. Disponível em http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_complete.pdf
- BROWN, J. ; FLYNN, T. - The components of quality of life nominated by older people: A systematic review of the literature. In BROWN, J. ; BOWLING, A. ; FLYNN, T. - *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature* [Em linha]. Sheffield, UK: European Forum on Population Ageing Research, 2004. Part 2, p. 78-113. Disponível em http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_complete.pdf
- BRYANT, L. L. ; CORBETT, K. K. ; KUTNER, J. S. - In their own words: a model of healthy aging. *Social Science & Medicine*. 53 : 7 (Oct. 2001) 927-941.
- BRYANT, T. - Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*. 17 : 1 (Mar. 2002) 89-98.
- BRYANT, T. ; RAPHAEL, D. ; TRAVERS, R. - Identifying and strengthening the structural roots of urban health in Canada: participatory policy research and the urban health agenda. *Promotion & Education*. 14 : 1 (2007) 6-11.
- BRYANT, T. [et al.] - What Do Canadian Seniors Say Supports Their Quality of Life?: Findings from a National Participatory Research Study. *Canadian Journal of Public Health*. 95: 4 (Jul/Aug 2004) 299-303.
- BUKOV, A. ; MAAS, I. ; LAMPERT, T. - Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*. 57B : 6 (Nov. 2002) P510-517.
- BURDIS/BURDEN OF DISEASE NETWORK PROJECT - *Disability in old age. Final Report: Conclusions and Recommendations* [Em linha]. Jyväskylä University Press, 2004. Disponível em <http://www.jyu.fi/BURDIS/FinalReport.pdf>
- BUSH, R. ; DOWER, J. ; MUTCH, A. - *Community Capacity Index Manual*. Version 2. Centre for Primary Health Care, University of Queensland, 2002.
- BUTLER, R. ; COHEN, B. - *Letter Report to Sir Michael Marmot on the Social Determinants of Health*. Autor organ. Committee on Social Determinants of Adult Health and Mortality, National Research Council. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2006. Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/11810.html>
- CABRAL, M. V., coord. ; SILVA, P. A. ; MENDES, H. - *Saúde e doença em Portugal* [Ficheiro de dados, formato para SPSS] 2001. Instituto de Ciências Sociais [produção], 2001. Disponível em <http://www.ics.ul.pt/investiga/bdados/saudeedoenca/index.htm>
- CABRAL, M. V. , coord. ; SILVA, P. A. ; MENDES, H. - *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- CAMPOS, M. A. - Os encargos e as rendas das famílias com a habitação. *Revista de Estudos Demográficos*. 35 (2004) 91-117.
- CANNUSCIO, C. ; BLOCK, J. ; KAWACHI, I. - Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing. *Annals of Internal Medicine*. 139 : 5 - Pt 2 (Sep. 2003) 395-399.
- CAPUCHA, L.; PEGADO, E.; SALEIRO, S.P. - *Metodologias de Avaliação de Intervenções Sociais*. Lisboa: MTS/Secretaria de Estado do Emprego e Formação (Módulos PROFISSS), 1999.
- CARR, D. [et al.] - Marital Quality and Psychological Adjustment to Widowhood Among Older Adults: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 55 : 4 (Jul. 2000) S197-207.
- CARR-HILL, R. ; CHALMERS-DIXON, P. - *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. Oxford: South East Public Health Observatory, 2005.
- CARTER, T. ; BERESFORD, P. - *Age and change Models of involvement for older people*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2000.
- CASERTA, M. S. ; LUND, D. A. ; RICE, S. J. - Pathfinders: A self-care and health education program for older widows and widowers. *The Gerontologist*. 39 : 5 Health Module (Oct. 1999) 615-620.

- CATTAN, M. [et al.] - Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*. 25 : 1 (Jan. 2005) 41–67.
- CDC - *Healthy Aging: Preventing Disease and Improving Quality of Life Among Older Americans. At A Glance, 2004* [Em linha]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2004. Disponível em <http://www.cdc.gov/aging>
- CDC ; A. A. - *The Healthy Brain Initiative: A National Public Health Road Map to Maintaining Cognitive Health. Executive Summary* [Em linha]. Chicago: Alzheimer's Association, 2007. Disponível em www.cdc.gov/aging
- CE - *Cuidados de saúde e cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de protecção social*. Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Proposta de relatório conjunto [Em linha]. Bruxelas: CCE, COM(2002) 774 final, 2003. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>
- CE - *Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento*. Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu. Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento [Em linha]. CE, COM/2002/0143 final, 2002. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>
- CEA 2003: *Conceito Europeu de Acessibilidade. Manual de Assistência Técnica*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Cadernos SNR nº 18), 2005.
- CESCR - *The right to the highest attainable standard of health : General Comment No. 14, 2000*. Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, (General Comments) Doc. E/C.12/2000/4, 11-08-2000.
- CHATTERS, L. M. - Religion and health: public health research and practice. *Annual Review of Public Health*. 21 (2000) 335-367.
- CIRCULAR Normativa DGS n.º 02/DGCG. (17-03-2005) - Programa Nacional para a Saúde da Visão.
- CIRCULAR Normativa DGS n.º 11/DSCS/DPCD. (18-06-2008) - Programa Nacional de Controlo da Dor.
- CIRCULAR Normativa DGS n.º 12/DGCG. (02-07-2004) - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.
- CIRCULAR Normativa DGS n.º 3/DSPCS. (06-02-2006) - Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.
- CNRSSM - *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2007.
- COLE, M. G. ; DENDUKURI, N. - Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 160 : 6 (June 2003) 1147-1156.
- COLLINS, P. A. ; ABELSON, J. ; EYLES, J. D. - Knowledge into action? Understanding ideological barriers to addressing health inequalities at the local level. *Health Policy*. 80 : 1 (Jan. 2007) 158-171.
- COMMITTEE OF EXPERTS on criteria for preventative policies and health promotion (Final Report) [Em linha]. Council of Europe, 1998. [Consult. 21-08-2004]. Disponível em <http://www.coe.int/>
- COOK, G. ; KLEIN, B. - Involvement of older people in care, service and policy planning. *Journal of Clinical Nursing*. 14 : s1 (March 2005) 43-47.
- COSTONGS, C. [et al.] - *Taking Action on Health Equity*. Final report of the Closing the Gap - Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in the EU initiative [Em linha]. May 2007. Disponível em <http://www.health-inequalities.eu>
- COTT, C. A. ; GIGNAC, M. A. ; BADLEY, E. M. - Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 53 : 11 (Nov. 1999) 731-736
- COWLEY, S. ; BILLINGS, J. R. - Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 29 : 4 (Apr. 1999) 994-1004.
- CRABTREE, B. F. ; MILLER, W. L. - A template approach to text analysis: developing and using codebooks. In MILLER, W. L. ; CRABTREE, B. F., eds. - *Doing qualitative research*. London : Sage, 1992. Cap. 5, p. 93-109.
- CRESWELL, J. W. - *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage, 2003.
- CRIMMINS, E. M. - Trends in the health of the elderly. *Annual Review of Public Health*. 25 (2004) 79–98.
- CRISP, B. R. ; SWERISSEN, H. ; DUCKETT, S. J. - Four approaches to capacity building in health: Consequences for measurement and accountability. *Health Promotion International*. 15 : 2 (2000) 99–107.
- CROWTHER, M. R. [et al.] - Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality -The forgotten factor. *The Gerontologist*. 42 : 5 (Oct. 2002) 613-620.
- CSDH - *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.
- CUNNINGHAM, G. O. ; MICHAEL, Y. L. - Concepts guiding the study of the impact of the built environment on physical activity for older adults: A review of the literature. *American Journal of Health Promotion*. 18 : 6 (Jul./Aug. 2004) 435-443.
- CURADO, M. P. [et.al.], eds. - *Cancer Incidence in Five Continents* [Em linha]. Lyon: IARC, 2007. Vol. IX. (IARC Scientific Publications; 160). Disponível em <http://www-dep.iarc.fr>

- DAFNE - *Data Food Networking* [Base de dados em linha]. Athens, Greece: National and Kapodistrian University of Athens. Disponível em <http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftweb/>
- DAHLGREN, G. ; WHITEHEAD, M. - *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Copenhagen: WHO Europe, 2006. (Studies on social and economic determinants of population health; 3).
- DALSTRA, J. A. A. [et al.] - Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*. 34 : 2 (Apr. 2005) 316-326.
- DALSTRA, J. A. A. [et al.] - Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981–1999. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56 : 12 (Dec. 2002) 927-993.
- DALSTRA, J. A. A. [et al.] - A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social Science & Medicine*. 62 : 8 (Apr. 2006) 2046–2060.
- DAMRON-RODRIGUEZ, J. [et al.] - Definitions of Health Among Diverse Groups of Elders: Implications for Health Promotion. *Generations*. 29 : 2 (Summer 2005) 11-16.
- DAVIDSON, R. ; KITZINGER, J. ; HUNT, K. - The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. *Social Science & Medicine*. 62 : 9 (May 2006) 2171-2182.
- DE DONDER, L. ; VERTE, D. ; MESSELIS, E. - Fear of crime and elderly people: Key factors that determine fear of crime among elderly people in West Flanders. *Ageing International*. 30 : 4 (Fall 2005) 363-376.
- DEAN, K. ; MCQUEEN, D. - Theory in health promotion: Introduction. *Health Promotion International*. 11 : 1 (1996) 7-9.
- DECRETO-LEI n.º 252/2007. *D.R. I.ª Série*. 128 (05-07-2007) - Cria um regime de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário instituído pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro
- DECRETO-LEI n.º 163/2006. *D.R. I.ª Série*. 152 (08-08-2006) - Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 de Maio
- DECRETO-LEI n.º 248/97. *D.R. I.ª Série-A*. 217 (19-09-1997) 5114-5116 - Aprova a composição e competências do Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI).
- DELHEY, J. - *Life satisfaction in an enlarged Europe*. Autor organ. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
- DEMAKAKOS, P. [et al.] - Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*. 67 : 2 (Jul. 2008) 330-340.
- DEPP, C. A. ; JESTE, D. V. - Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 14 : 1 (Jan. 2006) 6-20.
- DESPACHO n.º 1916/2004. *D.R. 2.ª Série*. 23 (28-01-2004) 8960-(2). Aprova o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida
- DESPACHO n.º 23 035/2005. *D.R. 2.ª Série*. 214 (08-11-2005) 15642-15 643.
- DESPACHO n.º 6716-A/2007. *D.R. 2.ª Série-C*. 68 (05-04-2007) 8960-(2). Cria o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI)
- DEWEY, M. E. ; PRINCE, M. J. - Mental Health. In BÖRSCH-SUPAN, A. [et. al.] eds. - *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the SHARE*. Mannheim: MAE, 2005. Cap. 3.5, p. 108-117.
- DGS - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Programa elaborado na DGS e aprovado por despacho ministerial de 8 de Junho de 2004. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006.
- DIEHL, M. - Everyday competence in later life: Current status and future directions. *Gerontologist*. 38 : 4 (1998) 422-433.
- DIEHL, M. - Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In RYFF, C. D. ; MARSHALL, V. W., eds. - *The Self and Society in Aging Processes*. New York: Springer, 1999. Cap. 6, p. 150-186.
- DIEZ ROUX, A. V. - Invited Commentary: Places, People, and Health. *American Journal of Epidemiology*. 155 : 6 (Mar. 2002) 516-518.
- DOMANSKI, H. [et al.] - *First European Quality of Life Survey: Social dimensions of housing*. Autor organ. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
- EC - *Eurobarometer 62.0: Standard European Union Trend Questions and Sport*. October-November 2004 [Base de Dados em linha]. Conducted by TNS OPINION & SOCIAL and managed by EOS GALLUP EUROPE, on request of the European Commission. Version ZA4229. Cologne, Germany: GESIS - ZA [producer and distributor], 2007b. Disponível em <http://zacat.gesis.org/>
- EC - *Eurobarometer 62.2: Agricultural Policy, Development Aid, Social Capital, and Information and Communication Technology*. November-December 2004 [Base de Dados em linha]. Conducted by TNS OPINION & SOCIAL, requested and coordinated by the European Commission. Version ZA4231. Cologne, Germany: GESIS-ZA [producer and distributor], 2007a. Disponível em <http://zacat.gesis.org/>

- EC - *Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: European Commission, DG Health and Consumer Protection, COM(2005) 484, 14.10.2005. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- EC - *Health in Europe: Results from 1997-2000 surveys*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003a.
- EC - *The health status of the European Union: Narrowing the health gap*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003b.
- EC - *The State of Mental Health in the European Union*. European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection, 2004.
- ECHI-2 - *Public health indicators for Europe: Context, selection, definition. Final report by the ECHI Project - Phase II* [Em linha]. ECHI/European Community Health Indicators project, June 2005. Disponível em <http://www.healthindicators.org/>
- ECHIM - *ECHI Shortlist (June 2008 Version) Documentation Sheets* [Em linha]. Version 23-10-2008. ECHIM/European Community Health Indicators Monitoring, 2008. Disponível em <http://www.healthindicators.org/>
- ECOEHIS - *ECOEHIS/Development of Environment and Health Indicators for European Union Countries: Results of a Pilot Study*. Report on a WHO Working Group Meeting Bonn, Germany, 7-9 July 2004. WHO Europe, 2004.
- EHEMU - *Health expectancy in Portugal*. European Health Expectancy Monitoring Unit, Aug. 2005. (EHEMU Country Reports; Issue 0). Disponível em <http://www.ehemu.eu/>
- EHEMU - *Health expectancy in Portugal*. European Health Expectancy Monitoring Unit, Jan. 2008. (EHEMU Country Reports; Issue 1). Disponível em <http://www.ehemu.eu/>
- EHEMU - *Interpreting Health Expectancies*. European Health Expectancy Monitoring Unit, Jun. 2007. (EHEMU Reports). Disponível em <http://www.ehemu.eu/>
- EORG/EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP - *Special Eurobarometer 183-7/Wave 58.2: The Health of Adults in the European Union*. European Commission, Dec. 2003a.
- EORG/EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP - *Special Eurobarometer 186/Wave 59.0: Health, Food, and Alcohol, and Safety*. European Commission, Dec. 2003b.
- ERIKSSON, M. ; LINDSTRÖM, B. - Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review.. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 : 5 (May 2006) 376-381.
- ERLINGHAGEN, M. ; HANK, K. - Participation of Older Europeans in Volunteer Work: Individual Determinants and Societal Context. In *7th ESA Conference*, Torun Sep. 2005 [Em linha]. ESA Research Network on Ageing in Europe. Disponível em http://www.ageing-in-europe.org/torunpapers/ESA_RN_Ageing_Torun2005_Erlinghagen.pdf
- ETCHES, V. [et al.] - Measuring population health: a review of indicators. *Annual Review of Public Health*. 27 (2006) 29-55.
- EUHPID Project - *The Development of a European Health Promotion Monitoring System*. Final Report to the European Commission, DG SANCO [Em linha]. 2004. Disponível em http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_03_en.pdf
- EUPHIX [Base de dados em linha]. Bilthoven, Netherlands: RIVM. Disponível em <http://www.euphix.org>
- EURLIFE [Base de dados em linha]. EUROFOUND/European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eurlife/index.php>
- EUROSTAT - *EUROPOP2004 -Trend scenario, national level* [Em linha]. Eurostat, actual. 08-04-2005. Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- EUROSTAT [Base de dados em linha]. Luxembourg: European Commission. Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- EVANS, R. G. ; STODDART, G. L. - Consuming Research, Producing Policy? *American Journal of Public Health*. 93 : 3 (March 2003) 371-379.
- FAHEY, T. ; NOLAN, B. ; WHELAN, C. T. - *Monitoring quality of life in Europe*. Autor organ. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
- FAHEY, T. [et al.] - *Quality of life in Europe: an illustrative report* [Em linha]. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. Disponível em <http://www.eurofound.eu.int>
- FALCÃO, J. M. [et al.] - *Onda de calor de Agosto de 2003: os seus efeitos sobre a mortalidade da população portuguesa*. Relatório. Lisboa: DGS, INSA, 2004. Disponível em <http://www.onsa.pt>
- FEE, L. [et al.] - *Assessing older people's health and social needs: Qualitative research investigating health beliefs and social factors relevant to older people's health*. London: Health Education Authority, 1999.
- FELICIE - *FELICIE Interactive Database* [Base de Dados em linha]. FELICIE/Future Elderly Living Conditions In Europe, actual. 27-11-2006b. Disponível em <http://www.felicie.org/>
- FELICIE - *Who will care for the oldest old in the next 30 years in Europe?* [Em linha]. FELICIE/Future Elderly Living Conditions In Europe, actual. 27-11-2006a. Disponível em <http://www.felicie.org/>
- FERLAY, J. [et al.] - *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC CancerBase No. 5 [Base de Dados em linha]. Version 2.0. Lyon, IARC Press, 2004. Disponível em <http://www-dep.iarc.fr/>

- FERNANDES, A. A. - Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*. XLII : 183 (2007) 419-443.
- FERNANDES, A. A. - *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais Em Portugal*. Oeiras: Celta Editora, 1997.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. [et al.] - Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*. 50 : 5 (Sep. 2004) 330-347.
- FERRING, D. ; WENGER, C. [et al.] - *Comparative Report on The European Model of Ageing Well* [Em linha]. European Study of Adult Well Being /ESAW, [2004?]. Disponível em <http://esaw.bangor.ac.uk/summaries.htm>
- FERRING, D. [et al.] - *European Model on Ageing Well* [Em linha]. Ageing Well: European Study of Adult Well Being, Nov. 2003. (Research Summary Series; 6). Disponível em <http://esaw.bangor.ac.uk/summaries.htm>
- FIALOVÁ, D. [et al.] - Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 16 : 293 (Mar. 2005) 1348-1358.
- FINLAND. Ministry of Social Affairs and Health - *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2001.
- FLETCHER, A. ; BREEZE, E. ; WALTERS, R. - Political Challenges 1: The Ageing Issue. In IUHPE/ International Union for Health Promotion and Education - *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. Brussels ; Luxembourg : ECSC-EC-EAEC, 1999. Part 2, Cap. 2, p. 12-28.
- FONSECA, A. M. - Aspectos psicológicos da passagem à reforma. Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. M., coords. - *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005a, p. 45-73.
- FONSECA, A. M. - O envelhecimento bem-sucedido. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. M., coords. - *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005b, p. 281-311.
- FONSECA, A. M. ; PAÚL, C. ; MARTIN, I. - Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*. 7 : 2 (2008) 87-102.
- FONSECA, A. M. [et al.] - Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. M., coords. - *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005, p. 97-108.
- FORTUIJN, J. D. [et al.] - *Life activities* [Em linha]. Ageing Well: European Study of Adult Well Being, Nov. 2003. (Research Summary Series; 2). Disponível em <http://esaw.bangor.ac.uk/summaries.htm>
- FOSSE, E. - *Review Of Selected Literature On Health Promotion Infrastructure, Policy And Practice* [Em linha]. HPSource.net, [2003] [Consult. 25-03-2005]. Disponível em http://www.hp-source.net/docs/Literature_Review.pdf
- FRAMEWORK for countrywide plans of action for health promotion [Em Linha]. WHO, [2000]. Disponível em http://www.who.int/hpr/ncp/docs/framework_countrywide_plans_of_action.pdf
- FRANKISH, C. J. [et al.] - Health impact assessment as a tool for health promotion and population health. In ROOTMAN, I., ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 18, p. 405-437. (European series; 92).
- FRATIGLIONI, L. ; PAILLARD-BORG, S. ; WINBLAD, B. - An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*. 3 : 6 (June 2004) 343-353.
- FROHLICH, K. L. ; POTVIN, L. - Transcending the Known in Public Health Practice: The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*. 98 : 2 (Feb. 2008) 216-221.
- GALLIE, D. ; PAUGAM, S. - *Social Precarity and Social Integration*. Report for the European Commission based on Eurobarometer 56.1. European Commission, Oct. 2002. Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_162_en.pdf
- GALOBARDES, B. [et al.] - Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 : 1 (Jan. 2006a) 7-12.
- GALOBARDES, B. [et al.] - Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 : 2 (Feb. 2006b) 95-101.
- GALVIN, M. ; GARDNER, M. M. ; ENGLE, M. - Older Populations. In RACZYNSKI, M. ; DICLEMENTE, R. J., eds. - *Handbook of Health Promotion and Disease Prevention*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 1999. Cap. 25, p. 521-538.
- GESAWORLD - *Relatório Final da Fase I de diagnóstico da situação actual*. Projecto de Apoio ... Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência [Em linha]. Set. 2005. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/>
- GHIGLIONE, R. ; MATALON, B. - *O inquérito: teoria e prática*. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2001.
- GIL, A. P. M. - Envelhecimento Activo: complementaridades e contradições. *Fórum Sociológico*. 17 (2007b) 23-37.
- GIL, A. P. M. - *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: FCSH/UNL, 2007a. Tese de doutoramento.
- GILHOOLY, M. L. M. [et al.] - *Transport and ageing: Extending quality of life for older people via public and private transport*. Report [Em linha]. ESRC/Economic and Social Research Council, May 2002. Disponível em <http://hdl.handle.net/2438/1312>

- GILTAY, E. J. [et al.] - Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*. 61 : 11 (Nov. 2004) 1126-1135.
- GITLIN, L. N. - Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions. *The Gerontologist*. 43 : 5 (Oct. 2003) 628-637.
- GODFREY, M. - Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social Care in the Community*. 9: 2 (Mar. 2001) 89-99.
- GODFREY, M. ; TOWNSEND, J. ; DENBY T. - *Building a good life for older people in local communities: The experience of ageing in time and place*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2004
- GOLDMAN, N. ; KORENMAN, S. ; WEINSTEIN, R. - Marital status and health among the elderly. *Social Science & Medicine*. 40 : 12 (Jun. 1995) 1717-1730.
- GONÇALVES, C. ; SILVA, C. - Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 35 (2004) 143-169.
- GOODSTADT, M. - The Role of Theory in Health Promotion. In: GOODSTADT, M. - *Health Promotion Strategies Course - 2005* [Em linha]. Toronto: University of Toronto, actual. 24-02-2005. Disponível em <http://dot-bestpractices-healthpromotion.com-1056056.namezero.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/hpstrategies992theory.ppt>
- GOODSTADT, M. S. [et al.] - Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In ROOTMAN, I. , ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 23, p. 517-533. (European series; 92).
- GRAHAM, H. - Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science & Medicine*. 55 : 11 (Dec. 2002) 2005-2016.
- GRAHAM, H. - Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*. 82 : 1 (2004) 101-124.
- GRAHAM, H. ; KELLY, M. P. - *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Briefing paper. London: National Health Service, Health Development Agency, 2004.
- GREEN, J. - Health education: the case for rehabilitation. *Critical Public Health*. 18 : 4 (Dec. 2008) 447-456.
- GREEN, L. W. ; KREUTER, M. W. - *Health promotion planning, an educational and ecological approach*. 2nd ed. Mountain View: Mayfield, 1991.
- GRUNDY, E. ; HOLT, G. - The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55 : 12 (2001) 895-904.
- GRZYWACZ, J. G. ; FUQUA, J. - The social ecology of health: leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*. 26 : 3 (Sep. 2000) 101-115.
- GRZYWACZ, J. G. ; KEYES, C. L. M. - Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health. *American Journal of Health Behavior*. 28 : 2 (2004) 99-111.
- GUBA, E. G. ; LINCOLN, Y. S. - Competing paradigms in qualitative research. In DENZIN, N. K. ; LINCOLN, Y. S., eds. - *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 1994. Cap. 6, p. 105-117
- HABER, D. - Serving older adults with health promotion. *The Art of Health Promotion*. 18 : 5 (May/Jun 2004) suppl 1-5.
- HALFON, N. ; HOCHSTEIN, M. - Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly*. 80 : 3 (2002) 433-479.
- HANCOCK, T. ; MINKLER, M. - Community Health Assessment or Healthy Community Assessment. In MINKLER, M., ed. - *Community Organizing and Community Building for Health*. 2nd ed. Rutgers University Press, 2005. Cap. 8, p. 138-157.
- HARBERS, M. M. - *Healthy Life Years as a percentage of Life Expectancy at age 65 for men and women in a number of countries, 2004* [Em linha]. In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, actual. 05-11-2007b. Disponível em: <http://www.euphix.org>
- HARBERS, M. M. - *Healthy Life Years at age 65 for men and women in a number of countries, 2004* [Em linha]. In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, actual. 05-11-2007a. Disponível em: <http://www.euphix.org>
- HARBERS, M. M. - *Trend in Healthy Life Years at birth for men/women in Norway and the EU-27, 1995-2003* [Em linha]. In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, actual. 07-02-2008a. Disponível em: <http://www.euphix.org>
- HARBERS, M. M. - *Trend in percentage of adults with good or very good self-perceived health in the EU-15, 1996-2001* [Em linha]. In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, actual. 07-02-2008b. Disponível em: <http://www.euphix.org>
- HARRIS, P. [et al.] - *Health Impact Assessment: A Practical Guide*. Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation/CHETRE, 2007.
- HARWOOD, R. H. ; SAYER, A. A. - *Current and future long-term care needs*. WHO, 2002. (WHO/NMH/CCL/02.2).
- HARWOOD, R. H. ; SAYER, A. A. ; HIRSCHFELD, M. - Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*. 82 : 4 (Apr. 2004) 251-258.
- HAVEMAN-NIES, A.; de GROOT, L. C. ; VAN STAVEREN, W. A. - Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older europeans in the SENECA study. *American Journal of Public Health*. 93 : 2 Health Module (Feb. 2003) 318-323.

- Hawe, P. ; Shiell, A. - Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine*. 51 : 6 (Sep. 2000) 871-885.
- Hawe, P. [et al.] - *Indicators to Help with Capacity Building in Health Promotion*. Sydney: NSW Health Department, 2000.
- HEALTH CANADA - *Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making*. Ottawa: Health Canada, Corporate Consultation Secretariat, Health Policy and Communications Branch, 2000.
- HEALTHY AGEING PROJECT - *Healthy Ageing: A Challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2007.
- HEALTHY AGEING PROJECT - *Healthy life expectancy at 60 years* [Em linha]. Healthy Ageing Project, Dec. 2005. Disponível em http://www.healthyageing.nu/upload/Tables_on_HALE_Dec_2005.pdf
- Healy, J. D. - Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57 : 10 (2003) 784-789.
- HEIKKINEN, E. - *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* Copenhagen: WHO Europe, Health Evidence Network report (HEN), 2003. Disponível em <http://www.euro.who.int/>
- HENCHOZ, K. ; CAVALLI, S. ; GIRARDIN, M. - Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*. 22 : 3 (Aug. 2008) 282-290.
- HENDRY, F. ; MCVITTIE, C. - Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research*. 14 : 7 (Sep. 2004) 961-975.
- HENRIQUES, F.C. - Portugal: Ageing, education and health: a prospective analysis 2001-2021. In *Seminário Health and Social Change in European Countries*, FCSH-UNL, Lisboa, 26 Set. 2005.
- HFA-DB/European health for all database [Base de dados em linha]. Copenhagen: WHO Europe. Disponível em <http://www.euro.who.int/hfadb>
- HFA-MDB/European health for all mortality database [Base de dados em linha]. Copenhagen: WHO Europe. Disponível em <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
- HIGGINS, N. ; REGAN, C. - A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age and Ageing*. 33 : 3 (May 2004) 224-229.
- HILLEMEIER, M. [et al.] - *Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level* [Em linha]. Atlanta: CDC/Centers for Disease Control and Prevention, actual. 05-12-2006. Disponível em http://www.cdc.gov/DHDSPLibrary/data_set_directory/
- HODGINS, M. ; MILLAR, M. ; BARRY M. M. - "...it's all the same no matter how much fruit or vegetables or fresh air we get": Traveller women's perceptions of illness causation and health inequalities. *Social Science & Medicine*. 62 : 8 (Apr. 2006) 1978-1990.
- HOGSTEDT, C. ; MOBERG, H. - Concluding remarks and recommendations. HOGSTEDT, C. [et al.], eds. - *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2008. Cap. 5, p. 351-356.
- HOLSTEIN, M. B. ; MINKLER, M. - Self, Society, and the "New Gerontology". *Gerontologist*. 43 : 6 (Dec. 2003) 787-796.
- HORGAS, A. L. ; WILMS, H.-U. ; BALTES, M. M. - Daily life in very old age: Everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*. 38 : 5 (Oct. 1998) 556-568.
- HOWELL, R. T. ; KERN, M. L. ; LYUBOMIRSKY, S. - Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*. 1 : 1 (2007) 1 : 54.
- HOWSE, K. - Policies for Healthy Ageing. *Ageing Horizons*. 2 (2005) 3-15.
- HØY, B. ; WAGNER, L. ; HALL, E. O. - Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21 : 4 (Dec. 2007) 456-466.
- HSIEH, H. F. ; SHANNON, S. E. - Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 15 : 9 (Nov. 2005) 277-288.
- HUBERMAN, A.M. ; MILES, M. B. - Data management and analysis methods. In DENZIN, N. K. ; LINCOLN, Y. S., eds. - *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 1994. Cap. 27, p. 428-444.
- HUGHNER, R. S. ; KLEINE, S. S. - Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 8 : 4 (Oct. 2004) 395-422.
- HUISMAN, M. ; KUNST, A. E. ; MACKENBACH, J. P. - Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science & Medicine*. 57 : 5 (Sep. 2003) 861-873.
- HUISMAN, M. ; van LENTHE, F. ; MACKENBACH, J. P. - The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *International Journal of Epidemiology*. 36 : 6 (Dec. 2007) 1207-1213.
- HUISMAN, M. [et al.] - Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *The Lancet*. 365 : 9458 (Feb. 2005) 493-500.
- HUISMAN, M. [et al.] - Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 : 6 (2004) 468-475.
- HUPPERT, F. [et al.] - *Personal and Social Well-being Module for the European Social Survey, Round 3* [Em linha]. 2006. Disponível em http://www.cambridgewellbeing.org/Files/Well-being-Module_Jun06.pdf

- HUPPERT, F. [et al.] - *Personal and Social Well-being: creating indicators for a flourishing Europe*. Question module design team (ESS Round 3) application form [Em linha]. European Social Survey, 2005. Disponível em www.europeansocialsurvey.org
- HUPPERT, F. A. ; BAYLIS, N. - Well-being: towards an integration of psychology, neurobiology and social science. *Philosophical Transactions Royal Society London B*. 359 : 1449 (Sep. 2004) 1447-1451.
- HYNDMAN, B. - *Towards the Development of Competencies for Health Promoters in Canada: A Discussion Paper* [Em linha]. Health Promotion Ontario, April 2007. Disponível em <http://hpo.squarespace.com/>
- IBRAHIM, S. ; ALKIRE, S. - Agency and Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *Oxford Development Studies*. 35 : 4 (Dec. 2007) 379-403.
- IDB/European Injury Database [Base de Dados em linha]. Luxembourg: European Commission, DG Sanco C2 [host]. [Consult. 12-02-2008]. Disponível em <https://webgate.ec.europa.eu/idbpa>
- IDLER, E.L. ; HUDSON, S.V. ; LEVENTHAL, H. - The Meanings of Self-Ratings of Health: A Qualitative and Quantitative Approach. *Research on Aging*. 21 : 3 (1999) 458-476 .
- IMEL, S. - *Using Adult Learning Principles in Adult Basic and Literacy Education*. Practice Application Brief [Em linha]. Columbus, OH: ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education, 1998. Disponível em <http://ericacve.org/>
- INE - *Recenseamento da População e da Habitação (Portugal) - Censos 2001* [Em linha]. INE, 2002. Disponível em <http://www.ine.pt>
- INE - *As gerações mais idosas*. Lisboa: INE, 1999. (Série de Estudos; 83).
- INE - *Dia Internacional do Idoso*. Lisboa: INE, 27-09-2007a. (Destaque - Informação à Comunicação Social).
- INE - *Estatísticas Demográficas 2006*. Lisboa: INE, 2008c.
- INE - *Estatísticas do Ambiente - 2006* [Quadros em linha]. INE, 2007b. Disponível em <http://www.ine.pt/>
- INE - *Inquérito à Ocupação do Tempo (IOT) - 1999* [Quadros em linha]. INE, 2001b. Disponível em <http://www.ine.pt/>
- INE - *Inquérito aos Orçamentos Familiares 2000 - Particularidades da população idosa*. Lisboa: INE, 23-12-2002c. (Destaque - Informação à Comunicação Social).
- INE - *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE, 2002b.
- INE - *Orçamentos Familiares 2005/2006*. Lisboa: INE, 31-03-2008b. (Destaque - Informação à Comunicação Social).
- INE - *Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II - 2000-2050*. Lisboa: INE, 31-03-2004. (Destaque - Informação à Comunicação Social).
- INE - *Recenseamentos da População e da Habitação - População residente por grupos de idade* [Em linha]. INE [Consult. 11-01-2006]. Disponível em <http://www.ine.pt/prodser/series/serie.asp>
- INE - *Rendimento e Condições de Vida 2006*. Lisboa: INE, 17-01-2008a. (Destaque - Informação à Comunicação Social).
- INSA/INE - *4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005-2006* [Quadros em linha]. INE, 03-08-2007. Disponível em <http://www.ine.pt/>
- INSA/INE - *4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005-2006*. Lisboa: INE, 03-08-2007a. (Destaque - Informação à Comunicação Social).
- INUI, T. S. - The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging. *Annals of Internal Medicine*. 139 : 5 (Part 2) (2003) 391-394.
- ISLAM, M. C. [et al.] - Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*. 5 : 3 (Apr. 2006).
- ISS - *Tipificação das Situações de Exclusão em Portugal Continental*. Documento de Trabalho. Instituto da Segurança Social, I.P., 2005. Realizado por Área de Investigação e Conhecimento e da Rede Social, ISS, I.P. com colab. Geoideia.
- ISSP 2004/International Social Survey Programme 2004: Citizenship [Base de Dados em linha]. Version ZA3950. GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences [distribuidor]. [Consult. 03-06-2008]. Disponível em <http://zacat.gesis.org/>
- IUHPE - Core Document. In *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels ; Luxembourg : ECSC-EC-EAEC, 1999a. Part 1.
- IUHPE - Evidence Book. In *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels ; Luxembourg : ECSC-EC-EAEC, 1999b. Part 2.
- JACKSON, S. F. [et al.] - *An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives* [Em linha]. Toronto: Canadian Consortium of Health Promotion Research, Sept. 2001. Disponível em <http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/synthesisfinalreport.pdf>
- JAGGER, C. ; EHEMU team - Healthy life expectancy in the EU 15 [Em linha]. [In: ISS, ed. - *Living longer but healthier lives: how to achieve health gains in the elderly in the European union*. Europe Blanche XXVI, Budapest, 25-26 November 2005. Paris: Institut des Sciences de la Santé, 2006.] p. 41-54. Disponível em http://www.revesbiblio.eu/pdf/Jagger_ISS_2006.pdf

- JAKARTA Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, 21-25 July 1997 [Em linha]. WHO [Consult. 11-06-2009]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en>
- JANÉ-LLOPIS, E. ; ANDERSON, P. - *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A policy for Europe*. Nijmegen, The Netherlands: Radboud University Nijmegen, 2005.
- JANLÖV, A. C; HALLBERG, I. R. ; PETERSSON, K. - Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the Community*. 14 : 1 (2006) 26-36.
- JOFFRES, C. [et al.] - Defining and operationalizing capacity for heart health promotion in Nova Scotia, Canada. *Health Promotion International*. 19 : 1 (2004) 39-49.
- JOWELL, R. & Central Co-ordinating TEAM - ESS3-European Social Survey Round 3 2006/2007 [Ficheiro de dados, formato para SPSS]. Edition 1.0 [published 26-09-2007]. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University, 2007a. Bergen, Norway: Norwegian Social Science Data Services/NSD [data archive and distributor]. Disponível em <http://ess.nsd.uib.no>
- JOWELL, R. & Central Co-ordinating TEAM - *European Social Survey 2006/2007: Technical Report*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University, 2007b.
- JRF Older People's Steering Group - *Older People Shaping Policy and Practice*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2004.
- JÜRGES, H. - Cross-Country Differences in General Health. In BÖRSCH-SUPAN, A. [et. al.], eds. - *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the SHARE*. Mannheim: MAE, 2005. Cap. 3.3, p. 95-101.
- KAHAN, B. ; GOODSTADT, M. - *The IDM Manual: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) best practices approach to better health* [Em linha]. 3rd ed. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005. 6 sections. Disponível em <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-idm#manual>
- KAHAN, B. ; GOODSTADT, M. - *The IDM Manual: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) best practices approach to better health* [Em linha]. 3rd ed. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005a. Section: Basics. Disponível em <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-idm#manual>
- KAHAN, B. ; GOODSTADT, M. - *The IDM Manual: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) best practices approach to better health* [Em linha]. 3rd ed. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto, May 2005b. Section: Suggested Guidelines. Disponível em <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-idm#manual>
- KAHAN, B. ; GOODSTADT, M. - The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. *Health Promotion Practice*. 2 : 1 (2001) 43-67.
- KAHANA, E. ; KAHANA, B. ; KERCHER, K. - Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*. 28 : 2 (Spring 2003) 155-180.
- KALACHE, A. ; HOSKINS, I. ; MENDE, S. - *Towards age-friendly primary health care*. Geneva: WHO, 2004. (Active ageing series).
- KALACHE, A. ; KICKBUSCH, I. - A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 50 : 4 (Jul./Aug. 1997) 4-5.
- KANSTRÖM, L. [et al.], eds. - *Healthy ageing profiles: Guidance for producing local health profiles of older people*. Copenhagen: WHO Europe, 2008.
- KAPLAN, G. A. ; SHEMA, S. J. ; LEITE, C. M. - Socioeconomic Determinants of Psychological Well-Being: The Role of Income, Income Change, and Income Sources During the Course of 29 Years. *Annals of Epidemiology*. 18 : 7 (Jul. 2008) 531-537.
- KAPLAN, S. ; KAPLAN, R. - Health, supportive environments, and the Reasonable Person Model. *American Journal of Public Health*. 93: 9 (Sep. 2003) 1484-1489.
- KELLY, M. P. [et. al.] - *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Final report to the Commission on the Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network [Em linha]. Geneva: WHO, 2007. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/publications/en/
- KENDIG, H. - Directions in environmental gerontology: A multidisciplinary field. *The Gerontologist*. 43 : 5 (Oct. 2003) 611-615.
- KENDIG, H.; BROWNING, C. J.; YOUNG, A. E. - Impacts of illness and disability on the well-being of older people. *Disability & Rehabilitation*. 22 : 1/2 (Oct. 2000) 15-22.
- KEYES, C. L. [et al.] / CDC - Social Support and Health-Related Quality of Life Among Older Adults - Missouri, 2000. *Morbidity & Mortality Weekly Report*. 54 : 17 (May 2005) 433-437.
- KEYES, C. L. M. - Complete mental health: An agenda for the 21st century. In KEYES, C. L. M. ; HAIDT, J. eds. - *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2003. Cap. 13, p. 293-312
- KEYES, C. L. M. - Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 : 3 (2005) 539-548.
- KEYES, C. L. M. ; MAGYAR-MOE, J. L. - The measurement and utility of adult subjective well-being. In LOPEZ, S. J. ; SNYDER, C. R., eds. - *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2003. Cap. 26, p. 411-425.

- KICKBUSCH, I. - Health Governance: The Health Society. In McQUEEN, D. [et al.], eds. - *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer, 2007.
- KICKBUSCH, I. - Health literacy: a search for new categories. *Health Promotion International*. 17 : 1 (March 2002) 1-2.
- KICKBUSCH, I. - The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online* [Em linha]. 1 (2005). Disponível em <http://www.rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm>
- KICKBUSCH, I. ; WAIT, S. ; MAAG, D. - Navigating Health - The role of Health Literacy [Em linha]. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK, [2006]. Disponível em <http://www.ilonakickbusch.com/>
- KICKBUSCH, I. S. - Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*. 16 : 3 (September 2001) 289-297.
- KICKBUSCH, I.; MAAG, D.; SAAN, H. - Enabling healthy choices in modern health societies. In *European Health Forum Badgastein 2005, Partnerships for Health, Background paper for Parallel Forum F6*, Bad Gastein, Austria 6-7 October 2005 [Em linha]. Disponível em http://www.ilonakickbusch.com/en/health-literacy/Gastein_2005.pdf.
- KING, A. C. [et al.] - Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity Forging a Transdisciplinary Paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*. 23 : 2S (2002) 15-25.
- KING, N. - *Template Analysis* [Em linha]. University of Huddersfield, actual. 27-04-2007. Disponível em http://www.hud.ac.uk/hhs/research/template_analysis/
- KIRBY SE, COLEMAN PG, DALEY D. - Spirituality and Well-Being in Frail and Nonfrail Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B : Psychological sciences and social sciences*. 59B : 3 (May 2004) P123-129.
- KOIVUSALO, M. - Moving health higher up the European agenda. STÄHL, T. [et al.], eds. - *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Cap.2, p.21-38.
- KOK, G. [et al.] - Intervention mapping: protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. *Journal of Health Psychology*. 9 : 1 (Jan. 2004) 85-98.
- KORKEILA, J. [et al.] - Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*. 31 : 6 (2003) 451-459.
- KOSTER, A. [et al.] - Socioeconomic differences in incident depression in older adults: The role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factors. *Journal of Psychosomatic Research*. 61 : 5 (Nov. 2006) 619-627.
- KRAAIJ, V. ; ARENSMAN, E. ; SPINHOVEN, P. - Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*. 57B : 1 (Jan. 2002) P87-94.
- KRAMER, A. F. [et al.] - Environmental Influences on Cognitive and Brain Plasticity During Aging. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences*. 59A : 9 (Sep. 2004) 940-957.
- KRIEGER, J. ; HIGGINS, D. L. - Housing and health: time again for public health action. *American Journal of Public Health*. 92 : 5 (May 2002) 758-768.
- KRIEGER, N. - A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55 : 10 (Oct. 2001) 693-700.
- KRIEGER, N. - Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*. 30 : 4 (Aug. 2001) 668-677.
- KUH, D. [et al.] - Life course epidemiology: Glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57 : 10 (Oct. 2003) 778-783.
- KUNST, A. E. [et al.] - *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations*. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission (final report) [Em linha]. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2001. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_06_a_en.pdf
- KUNST, A. E. [et al.] - Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*. 34 : 2 (2005) 295-305.
- KUNZMANN, U. ; LITTLE, T. ; SMITH, J. - Perceiving Control: A Double-Edged Sword in Old Age. *The Journals of Gerontology: Series B : Psychological sciences and social sciences*. 57B : 6 (Nov. 2002) P484-491.
- KUTNER, M. [et al.] - *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006-483). Washington, D.C.: National Center for Education Statistics, 2006.
- LABONTE, R. ; LAVERACK, G. - Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? And for what purpose? *Critical Public Health*. 11 : 2 (2001) 111-127.
- LABONTE, R. ; LAVERACK, G. - Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? And with what measurement? *Critical Public Health*. 11 : 2 (2001) 130-138.
- LABONTE, R. [et al.] - Community capacity building: A parallel track for health promotion programs. *Canadian Journal of Public Health*. 93 : 3 (May/Jun 2002) 181-182.
- LADIN, K. - Risk of Late-Life Depression Across 10 European Union Countries: Deconstructing the Education Effect. *Journal of Aging and Health*. 20 : 6 (Sep. 2008) 653-670.

- LAWTON, J. - Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of health & illness*. 25 : 3 (Apr. 2003) 23-40.
- LEENERTS, M. H. ; TEEL, C. S. ; PENDLETON, M. K. - Building a model of self-care for health promotion in aging. *Journal of Nursing Scholarship*. 34 : 4 (4th Quarter 2002) 355-361.
- LEESON, G. W. ; HARPER, S. ; LEVIN, S. - *Independent living in later life: literature review*. London: Department for Work and Pensions, 2004. (In-house Report; 137).
- LEHTINEN, V. - Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge. Jyväskylä, Finland: STAKES, Monitoring Positive Mental Health Environments Project, 2008.
- LEHTINEN, V. ; SOHLMAN, B. ; KOVESS-MASFETY, V. - Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 1 : 9 (Jul. 2005)
- LEI Constitucional n.º 1/2005. D.R. I.ª Série-A. 155 (12-08-2005) - Constituição da República Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional.
- LEI n.º 38/2004. D.R. I.ª Série-A. 194 (18-08-2004) - Lei de Bases do Regime da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência
- LEI n.º 48/90. D.R. I.ª Série. 195 (24-08-1990) - Lei de Bases da Saúde (com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro)
- LEINONEN, R. ; HEIKKINEN, E. ; JYLHA, M. - Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 35 : 1 (Jul. 2002) 79-92.
- LEVIN, L. S. ; ZIGLIO, E. - Discussion. In ZIGLIO, E. [et al.], eds. - *Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants*. WHO Europe, 2002. p. 76-92. (Studies on social and economic determinants of population health; 1).
- LI, F. [et al.] - Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59 : 7 (Jul. 2005) 558-564.
- LIMA, M. L. ; NOVO, R. - So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*. 5 : 1 (2006) 5-33.
- LINDSTRÖM, B. ; ERIKSSON, M. - Salutogenesis: glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59 : 6 (Jun. 2005) 440-442.
- LUBBEN, J. ; GIRONDA, M. - Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In: BERKMAN, B. ; HAROOTYAN, L. K., eds. - *Social work and health care in an aging society: Education, policy, practice, and research*. New York: Springer Publishing Company, 2003. Cap. 14, p. 319-350.
- LUBBEN, J. [et al.] - Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*. 46 : 4 (Aug. 2006) 503-513.
- LUNDBERG, O. [et al.] - *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health*. Stockholm: CHES/Centre for Health Equity Studies, 2008. (Health Equity Studies; 12).
- LUPIEN, S. J. ; WAN, N. - Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions Royal Society London, B: Biological Sciences*. 359 : 1449 (Sep. 2004) 1413-1426.
- LUTTRELL, C. ; QUIROZ, S. [et al.] - Understanding and operationalising empowerment [Em linha]. Poverty-wellbeing.net, 2007. Disponível em <http://www.poverty-wellbeing.net/>
- LYONS, R. ; LANGILLE, L. - *Healthy Lifestyle: Strengthening the Effectiveness of Lifestyle Approaches to Improve Health*. Health Canada, 2000. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- LYUBOMIRSKY, S. ; SHELDON, K. M. ; SCHKADE, D. - Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*. 9 : 2 (2005) 111-131.
- MAAS, J. [et al.] - Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 : 7 (Jul. 2006) 587-592.
- MACHADO, P. - *As malhas que a (c)idade tece. Mudança social, envelhecimento e velhice em meio urbano*. Lisboa: FCSH/UNL, 2004. Tese de doutoramento.
- MACHADO, P. - Os idosos na cidade e a cidade envelhecida. *Infohabitar - revista do grupo habitar* [Em linha]. 05-12-2005. Disponível em <http://infohabitar.blogspot.com/>
- MACINKO, J. ; STARFIELD, B. - The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*. 79 : 3 (2001) 387-427.
- MACINTYRE, S. ; ELLAWAY, A. ; CUMMINS, S. - Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*. 55 : 1 (Jul. 2002) 125-139.
- MACINTYRE, S. ; MCKAY, L. ; ELLAWAY, A. - Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 60 : 2 (Jan. 2005) 313-317.
- MACKENBACH, J. [et al.] - Physical Health. In BÖRSCH-SUPAN, A. [et. al.] eds. - *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the SHARE*. Mannheim: MAE, 2005. Cap. 3.1, p. 81-88.

- MACKENBACH, J. [et al.] - *Tackling Health Inequalities In Europe: an integrated approach*. EUROTHINE Final Report [Em linha]. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre Rotterdam, 2007. Disponível em <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/>
- MACKENBACH, J. P. - *Health Inequalities: Europe in Profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Department of Health, Feb. 2006.
- MACKENBACH, J. P. [et al.] - Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*. 358 : 23 (Jun. 2008) 2468-2481.
- MADDOX, G. L. - The Behavioral and Social Dynamics of Aging Well. In SMEDLEY, B. D. ; SYME, S. L., eds. - *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, DC: National Academy Press - Institute of Medicine, 2000. G, p. 322-336.
- MAËRTENSSON, M. - A critical review of knowledge management as a management tool. *Journal of Knowledge Management*. 4 : 3 (2000) 204-216.
- MAGNUSSON, D. ; MAHONEY, J. L. - A Holistic Person Approach for Research on Positive Development. In ASPINWALL, L.G. ; STAUDINGER, U.M., eds. - *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: APA Books, 2003. Cap. 16, p. 227-243.
- MAGNY, R. S. - *Eurobarometer 58.2: Health and Developing Countries*. October-December 2002 [Ficheiro de Dados]. Conducted by EORG, on request of the European Commission. ZA3886 - 1st ed. Cologne, Germany: GESIS - Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung [producer and distributor], 2007a. Disponível em <http://zacat.gesis.org/>
- MAGNY, R. S. - *Eurobarometer 60.1: Citizenship and Sense of Belonging, Fraud, and the European Parliament*. October-November 2003 [Base de Dados em linha]. Conducted by EORG, on request of the European Commission. ZA3938 - 1st ed. Cologne, Germany: GESIS - Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung [producer and distributor], 2007b. Disponível em <http://zacat.gesis.org/>
- MANSYUR, C. [et al.] - Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science & Medicine*. 66 : 1 (Jan. 2008) 43-56.
- MARMOT, M. - Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 370 : 9593 (Sep. 2007) 1153-1163.
- MAROY, C. - A análise qualitativa de entrevistas. In ALBARELLO, L. [et al.] - *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1997. Cap. 4, p. 117-155.
- MARTIKAINEN, P. ; NIHTILÄ, E. ; MOUSTGAARD, H. - The Effects of Socioeconomic Status and Health on Transitions in Living Arrangements and Mortality: A Longitudinal Analysis of Elderly Finnish Men and Women From 1997 to 2002. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*. 63B : 2 (Mar. 2008) S99-109.
- MASORO, E. J. - "Successful Aging" – Useful or Misleading Concept? *The Gerontologist*. 41 : 3 (Jun. 2001) 415-419.
- MATTHEWS, R. J. [et al.] - Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Social Science & Medicine*. 61 : 7 (Oct. 2005) 1567-1575.
- MAURITTI, R. - Padrões de Vida na Velhice. *Análise Social*. 39 : 171 (2004) 339-363.
- MCKAGUE, M. ; VERHOEF, M. - Understandings of Health and Its Determinants Among Clients and Providers at an Urban Community Health Center. *Qualitative Health Research*. 13 : 5 (May 2003) 703-717.
- MCMULLEN, C.K. ; LUBORSKY, M. R. - Self-Rated Health Appraisal as Cultural and Identity Process: African American Elders' Health and Evaluative Rationales. *The Gerontologist*. 46 : 4 (Aug. 2006) 431-438.
- MCQUEEN, D. V. - Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. *Health Promotion International*. 15 : 2 (June 2000) 95-97.
- MCQUEEN, D. V. ; ANDERSON, L. M. - Utiliser des données probantes pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé: quelques enjeux fondamentaux. *Promotion & Education*. Hors série : 1 (2004) 11-16.
- MÉDICOS-SENTINELA - *Quase 12 000 observações em saúde. Relatório das actividades de 2005*. Lisboa: ONSA- INSA, 2007. (Médicos-Sentinela; 19). Disponível em <http://www.onsa.pt>
- MELICH, A. - *Eurobarometer 52.1: Modern Biotechnology, Quality Of Life, and Consumers Access to Justice*. November-December 1999 [Base de Dados em linha]. Conducted by INRA (Europe), on request of the European Commission. ZA3205 - 1st ed. Cologne, Germany: Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung [producer and distributor], 2006. Disponível em <http://zacat.gesis.org/>
- MELO, A. ; LIMA, L. C. ; ALMEIDA, M. - *Novas políticas de educação e formação de adultos: O contexto internacional e a situação portuguesa*. Lisboa: Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos, 2002.
- MENEC, V. H. - The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*. 58B : 2 (Mar. 2003) S74-82.
- MENEC, V. H. ; SHOOSHTARI, S. ; LAMBERT, P. - Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. *Journal of Aging and Health*. 19 : 1, (2007) 62-86.
- MEXICO Ministerial Statement for the Promotion of Health. Fifth Global Conference on Health Promotion, Health Promotion: Bridging the Equity Gap, Mexico City, June 5th, 2000 [Em linha]. WHO [Consult. 11-06-2009]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en>
- MEYRICK, J. - What is good qualitative research?: A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of health psychology*. 11 : 5 (Sep. 2006) 799-808.

- MILBURN, K. - The importance of lay theorising for health promotion research and practice. *Health Promotion International*. 11 : 1 (1996) 41-46.
- MILÈN, A. - *What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice*. Geneva: WHO, June 2001.
- MILES, M. B. ; HUBERMAN, A.M. - *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage, 1994.
- MILIO, N. - Evaluation of health promotion policies: tracking a moving target. In ROOTMAN, I. , ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 16, p. 365-385. (European series; 92).
- MILLER, D. C. - *Handbook of research design and social measurement*. 5th ed. Thousand Oaks, California: Sage, 1991.
- MILLER, W. L. ; CRABTREE, B. F. - Primary care research: a multimethod typology and qualitative road map. In MILLER, W. L. ; CRABTREE, B. F., eds. - *Doing qualitative research*. London: Sage, 1992. Cap. 1, p. 3-28.
- MILLER, W. R. ; THORESEN, C. E. - Spirituality, Religion, and Health An Emerging Research Field. *American Psychologist*. 58 : 1 (Jan. 2003) 24-35.
- MILLIGAN, C. ; GATRELL, A. ; BINGLEY, A. - 'Cultivating health':therapeutic landscapes and older people in northern England. *Social Science & Medicine*. 58 : 9 (May 2004) 1781-1793.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). Orientações Programáticas* [Em linha]. Ministério da Saúde, Dez. 2007. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Mais Saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Abril 2004, Vol. 1 e 2.
- MINKLER, M. - Community Organizing with the Elderly Poor in San Francisco's Tenderloin District. In MINKLER, M., ed. - *Community Organizing and Community Building for Health*. 2nd ed. Rutgers University Press, 2005a. Cap. 15, p. 272-287.
- MINKLER, M. - Introduction to Community Organizing and Community Building. In MINKLER, M., ed. - *Community Organizing and Community Building for Health*. 2nd ed. Rutgers University Press, 2005b. Cap. 1, p. 1-21.
- MINKLER, M. ; SCHAUFFLER, H. ; CLEMENTS-NOLLE, K. - Health promotion for older Americans in the 21st century. *American Journal of Health Promotion*. 14 : 6 (July-Aug. 2000) 371-379.
- MINKLER, M. ; WALLERSTEIN, N. - Improving Health through Community Organization and Community Building: A Health Education Perspective. In MINKLER, M., ed. - *Community Organizing and Community Building for Health*. 2nd ed. Rutgers University Press, 2005. Cap. 2, p. 26-50.
- MINKLER, M.; FULLER-THOMSON, E.; GURALNIK, J. M. - Gradient of Disability across the Socioeconomic Spectrum in the United States. *New England Journal of Medicine*. 355 : 7 (Aug. 2006) 695-703.
- MITTELMARK, M. B. ; HAGARD, S. - *A Very Brief Introduction to Health Promotion* [Em linha]. HPSource.net [2003?] [Consult. 25-03-2005]. Disponível em http://www.hp-source.net/index.html?mode=HP_INTRO
- MITTELMARK, M. B. [et al.] - Mapping European capacity to engage in health promotion at the national level: HP-Source.net. *Promotion & Education*. Supplement : 1 (2005) 33-39.
- MITTELMARK, M. B. [et al.] - Mapping National Capacity to Engage in Health Promotion: Overview of Issues and Approaches. *Health Promotion International*. 21 : Supplement 1 (2006) 91-98.
- MOLLEMAN, G. [et al.] - *Preffi 2.0 (Health Promotion Effect Management Instrument): Assessment Package*. Woerden, The Netherlands: NIGZ/Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2003.
- MOLLEMAN, G. R. M. [et al.] - Preffi 2.0 : un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé. *Promotion & Education*. Hors série : 1 (2004) 22-27.
- MOLLENKOPF, H. [et al.] - Social and behavioural science perspectives on out-of-home mobility in later life: findings from the European project MOBILATE. *European Journal of Ageing*. 1 :1 (Dec. 2004) 45-53.
- MORRIS, J. N. [et al.] - Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*. 36 : 6 (Dec. 2007) 1300-1307.
- MORROW-HOWELL, N. [et al.] - Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B : Psychological sciences and social sciences*. 58B : 3 (May 2003) S137-145.
- MTSS - *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade 2006/2009*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Set. 2006.
- MTSS - *Estatísticas da Segurança Social*. Instituto de Informática do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Dez. 2007.
- MTSS. Instituto de Informática, I.P. - *Segurança Social* [Em linha]. Instituto de Informática do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 1999- . Disponível em <http://www.seg-social.pt>
- MYERS, H. F. ; HWANG, W.-C. - Cumulative Psychosocial Risks and Resilience: A Conceptual Perspective on Ethnic Health Disparities in Late Life. In: ANDERSON, N. B. ; BULATAO, R. A. ; COHEN, B., eds. - *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. Autor organ. National Research Council. Washington, DC: The National Academies Press, 2004. Cap. 13, p. 492-539.

- NÆSS, Ø. ; HERNES, F. H. ; BLANE, D. - Life-course influences on mortality at older ages: Evidence from the Oslo Mortality Study. *Social Science & Medicine*. 62 : 2 (Jan. 2006) 329-336.
- NAKAMURA, J. ; CSIKSZENTMIHALYI, M. - 4. The Constructing of Meaning through Vital Engagement. In KEYES, C. L. M. ; HAIDT, J. eds. - *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, DC: American Psychological Association, 2003. Cap. 4, p. 83-104.
- NAVARRO, A. M. [et al.] - Charting the future of community health promotion: recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. *Preventing Chronic Disease* [Em linha]. 4 : 3 (Jul. 2007). Disponível em http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0013.htm
- NAVARRO, V. - What is a National Health Policy? *International Journal of Health Services*. 37 : 1 (2007) 1-14.
- NELSON, T. D. - Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*. 61 : 2 (2005) 207-221.
- NIEDERDEPPE, J. [et al.] - Message Design Strategies to Raise Public Awareness of Social Determinants of Health and Population Health Disparities. *Milbank Quarterly*. 86 : 3 (2008) 481-513.
- NOACK, H. - Concepts of health and health promotion. In: ABELIN, T.; BRZEZINSKI, Z.; CARSTAIRS, V., eds. - *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: WHO Europe, 1987. p. 5-28. (European Series; 22).
- NOGUEIRA, P. ; PAIXÃO, E. J. ; FALCÃO, J. M. - *Efeitos do frio nas famílias portuguesas: Estudo na amostra ECOS*. Relatório. Lisboa: ONSA, INSA, Out. 2004. Disponível em <http://www.insa.pt>
- NOLEN, L. B. [et al.] - Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*. 83 : 8 (Aug. 2005) 597-603.
- NOVO, R. F. - *Para Além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2003.
- NOWOTNY, H. ; SCOTT, P. ; GIBBONS, M. - Introduction: 'Mode 2' Revisited: The New Production of Knowledge. *Minerva*. 1 : 3 (Sep. 2003) 179-194.
- NOWOTNY, H. ; SCOTT, P. ; GIBBONS, M. - *Re-thinking science: knowledge and the public in an age of uncertainty*. Cambridge, UK: Polity, 2001.
- NSW HEALTH DEPARTMENT - *A Framework for Building Capacity to Improve Health*. Sydney: NSW Health Department, 2001.
- Nummela, O. P [et al.] - Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities. *Scandinavian Journal of Public Health*. 35 : 1 (2007) 39-47.
- NUTBEAM, D. - Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15 : 3 (September 2000) 259-267.
- NUTBEAM, D. - Health Promotion Effectiveness: The Questions to be Answered. In IUHPE/ International Union for Health Promotion and Education - *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. Brussels ; Luxembourg : ECSC-EC-EAEC, 1999. Part 2, Cap. 1, p. 1-11.
- NUTBEAM, D. - *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1).
- NUTBEAM, D. - The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67 : 12 (Dec. 2008a) 2072-2078.
- NUTBEAM, D. - What would the Ottawa Charter look like if it were written today? *Critical Public Health*. 18 : 4 (Dec. 2008b) 435-441.
- NUTBEAM, D. ; HARRIS, E. - *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories*. 2nd ed. McGraw-Hill Australia, 2004.
- O'NEILL, M. - Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé: d'où vient-il et pourquoi est-il si important. *Promotion & Education*. Hors série : 1 (2004) 6-10.
- OAKLEY, P. ; KAHSSAY, H. M. - Community Involvement in Health Development: an overview. In: KAHSSAY, H. M. ; OAKLEY, P., eds. - *Community Involvement in Health Development: A review of the concept and practice*. Geneva: WHO, 1999. Cap. 1, p. 3-19.
- OECD - OECD in Figures 2008. OECD Publishing, 6 Oct. 2008. Disponível em <http://www.oecd.org/infigures/>
- OECD - *Society at a Glance: OECD Social Indicators - 2006 Edition*. OECD, 2007.
- OHPRS/ONTARIO HEALTH PROMOTION RESOURCE SYSTEM - *HP-101: Health Promotion On-line Course* [Em linha]. Toronto: OHPRS [Consult. 13-07-2005]. Disponível em <http://www.ohprs.ca/hp101/>
- OLLILA, E. [et al.] - Towards a healthier future. STÄHL, T. [et al.], eds. - *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Cap. 14, p. 269-279.
- OLSEN, K. M. ; DAHL, S. A. - Health differences between European countries. *Social Science & Medicine*. 64 : 8 (Apr. 2007) 1665-1678.
- OMS - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Trad. portuguesa da ICF, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- OPDD - *A toolkit for older people's champions*. A resource for non-executive directors, councillors and older people acting as older people's champions. London: Older People and Disability Division. Department of Health, July 2004.

- OSTIR, G. V. [et al.] - Disability in Older Adults 1: Prevalence, Causes, and Consequences. *Behavioral Medicine*. 24 : 4 (Winter 1999) 147-156.
- OSWALD, F.; [et al.] - Ageing and person-environment fit in different urban neighbourhoods. *European Journal of Ageing*. 2 : 2 (June 2005) 88-97.
- OTTAWA Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Em linha]. WHO. (WHO/HPR/HEP/95.1). Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- OWNBY, R. L. - Medication adherence and cognition. Medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults. *Geriatrics*. 61 : 2 (Feb. 2006) 30-35.
- PACTO Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Conferência Europeia de Alto Nível “Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar” Bruxelas, 12-13 Junho 2008 [Em linha]. Versão portuguesa. Ministério da Saúde, actual. 04-07-2008. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt>
- PACTO Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1966.
- PAIXÃO, E. J. ; NOGUEIRA, P. J., coords. - *Onda de calor de Julho de 2006: Efeitos na mortalidade - Estimativas preliminares para Portugal Continental*. Relatório. Lisboa: INSA, 2006. Disponível em <http://www.onsa.pt>
- PATTON, M. Q. - *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, , California: Sage, 2002.
- PAÚL, C. - A construção de um modelo de envelhecimento humano. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. M., coords. - *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005, p. 21-41.
- PEEL, N. M. ; MCCLURE, R. J. ; BARTLETT, H. P. - Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*. 28 : 3 (Apr. 2005) 298-304.
- PEREIRA, J. A. C. G. - *Equity, health and healthcare: an economic study with reference to Portugal*. York: University of York, 1995. Tese de doutoramento.
- PETERS, L. [et al.] - *Preffi 2.0 (Health Promotion Effect Management Instrument): Explanatory Guide*. Woerden, The Netherlands: NIGZ/Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, 2003.
- PETERSON, C. - The future of optimism. *American Psychologist*. 55 : 1 (Jan. 2000) 44-55.
- PHELAN, E. A. [et al.] - Older Adults' Views of “Successful Aging”. How Do They Compare with Researchers' Definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*. 52 : 2 (Feb. 2004) 211-216.
- PICKETT, K. E. ; PEARL, M. - Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55 : 2 (Feb. 2001) 111-122.
- PIOTROW, P. T. [et al.] - *Advancing Health Communication: The PCS Experience in the Field*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2003.
- POLLACK, C. E. ; von dem KNESEBECK, O. - Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & Place*. 10 : 4 (Dec. 2004) 383-391.
- POORTINGA, W. - Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine*. 62 : 2 (Jan. 2006a) 292-302.
- POORTINGA, W. - Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine*. 63 : 1 (Jul. 2006b) 255-270.
- POPAY, J. [et al.] - Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring lay understandings of social inequalities in health. *Sociology of Health & Illness*. 25 : 1 (2003) 1-23.
- POPE, C. ; ZIEBLAND, S. ; MAYS, N. - Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *British Medical Journal*. 320 : 7227 (Jan. 2000) 114-116.
- POTVIN, L. - *Effectiveness or Equity? Conflicting Values for Public Health Program Evaluation* [Diapositivos em linha]. Lecture to the Edmonton: Centre for Health Promotion Studies/ University of Alberta, 23 Jun. 2005. Disponível em www.chps.ualberta.ca/pdfs/Potvin_presentation_0605.pdf
- POTVIN, L. ; CHABOT, P. - Splendor and misery of epidemiology for the evaluation of health promotion. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 5 : supl. 1 (2002) 91:102.
- POTVIN, L. ; HADDAD, S. ; FROHLICH, K. L. - Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In ROOTMAN, I., ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 2, p. 45-62. (European series; 92).
- POTVIN, L. [et al.] - Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*. 95 : 4 (Abr. 2005) 591-595.
- POWER, M. [et al.] - Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*. 14 : 10 (Dec. 2005) 2197-2214.
- POWER, M. J. - Quality of Life. In LOPEZ, S. J. ; SNYDER, C. R., eds. - *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 2003. Cap. 27, p. 427-441.
- PRESSMAN, S. D. ; COHEN, S. - Does Positive Affect Influence Health? *Psychological Bulletin*. 131 : 6 (Nov. 2005) 925-971.
- PRETTY, J. [et al.] - The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research*. 15: 5 (Oct. 2005) 319-337.

- RABIAIS, S. ; NOGUEIRA, P. J. ; FALCÃO, J. M. - *A Dor Na População Portuguesa. Alguns Aspectos Epidemiológicos*. Relatório. Lisboa: INSA, Dez. 2003. Disponível em <http://www.onsa.pt>
- RABIAIS, S. ; NUNES, B. ; CONTREIRAS, T. - *ADELIA 2005 - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Relatório. Lisboa: ONSA, INSA, Out. 2006. Disponível em <http://www.onsa.pt>
- RACIOPPI, F. [et al.] - *A physically active life through everyday transport - With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Rome: WHO Europe, 2002.
- RAPHAEL, D. - The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*. 15 : 4 (Dec. 2000) 355-367.
- RAPHAEL, D. - Evaluation of quality-of-life initiatives in health promotion. In ROOTMAN, I. , ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 6, p. 123-147. (European series; 92).
- RAPHAEL, D. - Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*. 36 : 4 (2006) 651-677.
- RAPHAEL, D. ; BRYANT, T. - The limitations of population health as a model for a new public health. *Health Promotion International*. 17 : 2 (June 2002) 189-199.
- RAPHAEL, D. ; CURRY-STEVENSON, A. ; BRYANT, T. - Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy*. 88 : 2-3 (Dec. 2008) 222-235.
- RAPHAEL, D. [et al.] - Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 34 : 3 (1997) 231-239.
- RAPOSO, V. - *Sociedade de Informação e do Conhecimento* [Em linha]. OPSS/Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Mediacao/Informacao+e+conhecimento/>
- RÄTY, S. ; ARO, A. R. - *European Review Protocol or Health Promotion*. A Protocol produced by the GEP Project, Strand I. Getting Evidence into Practice Project, 2005.
- RAY, S. ; SHARP, E. ; ABRAMS, D. - *Ageism: A benchmark of public attitudes in Britain*. London: Age Concern England, 2006.
- REGIDOR, E. - Measures of health inequalities: part 1. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 : 10 (2004a) 858-861.
- REGIDOR, E. - Measures of health inequalities: part 2. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 : 11 (2004b) 900-903.
- RESNICK, B. - Health Promotion Practices of Older Adults: Model Testing. *Public Health Nursing*. 20 : 1 (Jan. 2003) 2-12.
- RESOLUÇÃO Conselho de Ministros n.º 110/2003. *DR I.ª Série-B*. 103 (12-08-2003) 4895-4905 - Aprova o Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais na Sociedade da Informação.
- RESOLUÇÃO Conselho de Ministros n.º 120/2006. *DR I.ª Série*. 183 (21-09-2006) 6954-6964 - Aprova o I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI).
- RESOLUÇÃO Conselho de Ministros n.º 88/2008. *DR I.ª Série*. 103 (29-05-2008) 3003-3009 - Aprova a primeira revisão ao I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências e ou Incapacidades 2006-2009 (PAIPDI).
- RESOLUÇÃO Conselho Ministros n.º 9/2007. *D.R. I.ª Série*. 12 (17-01-2007) 366-377 - Aprova o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (PNPA).
- REUTTER, L. ; NEUFELD, A. ; HARRISON, M. J. - Public perceptions of the relationship between poverty and health. *Canadian Journal of Public Health*. 90 : 1 Health Module (Jan./Feb. 1999) 13-18.
- REUTTER, L. [et al.] - Lay understandings of the effects of poverty: a Canadian perspective. *Health and Social Care in the Community*. 13 : 6 (2005) 514-530.
- REVIEW of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. Copenhagen: WHO Europe, [2002].
- RIFKIN, S. B. - A Framework Linking Community Empowerment and Health Equity: It Is a Matter of CHOICE. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 21 : 3 (Sep. 2003) 168-180.
- RITSATAKIS, A. ; JÄRVISALO, J. - Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. STÄHL, T. [et al.], eds. - *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Cap. 8, p. 145-167.
- ROBERT, S. A. ; LI, L. W. - Age Variation in the Relationship Between Community Socioeconomic Status and Adult Health. *Research on Aging*. 23 : 2 (March 2001) 234-259.
- ROBINE, J.-M. ; MICHEL, J.-P. - Looking Forward to a General Theory on Population Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 59A : 6 (Jun. 2004), M590-M597.
- ROBINS, R. W. ; TRZESNIEWSKI, K. H. - Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*. 14 : 3 (2005) 158-162.
- ROBINS, R. W. [et al.] - Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*. 17 : 3 (Sep. 2002) 423-434.
- RODRIGUES, S. S. P. ; ALMEIDA, M. D. V. - *Trends in food availability in Portugal – the DAFNE IV project*. National Report [Em linha]. European Commission, 2005. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/monitoring/fp_monitoring_2002_annexe_pt_04_en.pdf

- ROOTMAN, I. - Introduction to the book. In ROOTMAN, I., ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 1, p. 3-6. (European series; 92).
- ROOTMAN, I., ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. (European series; 92).
- ROOTMAN, I. ; RONSON, B. - Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go? *Canadian Journal of Public Health*. 96 : Supplément 2 Health Module (March/April 2005) S62-S77.
- ROOTMAN, I. [et al.] - A framework for health promotion evaluation. In ROOTMAN, I., ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 1, p. 7-38. (European series; 92).
- ROWE, J. W. ; KAHN, R. L. - Successful aging. *The Gerontologist*. 37: 4 (Aug. 1997) 433-440.
- RUEDA, S.; ARTAZCOZ, L.; NAVARRO, V. - Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 62 : 6 (Jun. 2008) 492-498.
- RUQUOY, D. - Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In ALBARELLO, L. [et al.] - *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1997. Cap. 3, p. 84-116.
- RÜTTEN, A. - Evaluating healthy public policies in community and regional contexts. In ROOTMAN, I. , ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe, 2001. Cap. 15, p. 341-363. (European series; 92).
- RÜTTEN, A. [et al.] - Determinants of health policy impact: a theoretical framework for policy analysis. *Soz.-Präventivmed*. 48 : 5 (2003) 293-300.
- RYFF, C. D. ; SINGER, B. H. - Ironies of the Human Condition: Well-being and Health on the Way to Mortality. In ASPINWALL, L.G. ; STAUDINGER, U.M., eds. - *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: APA Books, 2003. Cap. 19, p.271-287.
- RYFF, C. D. ; SINGER, B. H. - Social Environments and the Genetics of Aging: Advancing Knowledge of Protective Health Mechanisms. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*. 60B : Spec No 1 (Mar 2005) 12-23.
- RYFF, C. D. ; SINGER, B. H. ; LOVE, G. D. - Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions Royal Society London B*. 359 : 1449 (Sep. 2004) 1383-1394
- SAAN, H. - The road to evidence: the European path. *Promotion & Education*. Supplement: 1 (2005) 6-7.
- SANDERS, C. ; DONOVAN, J. ; DIEPPE, P. - The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health & Illness*. 24 : 2 (2002) 227-253.
- SANTANA, P. - Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*. 50 : 7/8 (Apr. 2000) 1025-1036.
- SANTANA, P. - *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina, 2005.
- SANTANA, P., coord. [et al.] - *Envelhecimento e Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde/GIP, Set. 2008. (PNS em Foco; 2).
- SATARIANO, W. A.; MCAULEY, E. - Promoting Physical Activity Among Older Adults: From Ecology to the Individual. *American Journal of Preventive Medicine*. 25 : 3Sii. (2003) 184-192.
- SCHMIDT, S. [et al.] - The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 12 : 1 (Jan./Feb. 2005), 28-49.
- SCHROLL, M. - *Health and Social Care Management for Older People*. Review [Em linha]. FORUM/ European Forum on Population Ageing Research, 2005. Disponível em <http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/reviews.php>
- SCHULZ, A. ; NORTHRIDGE, M. E. - Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Education & Behavior*. 31 : 4 (Aug. 2004) 455-471.
- SCHULZ, A. J. [et al.] - Empowerment as a multilevel construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*. 10 : 3 (1995) 309-327.
- SEEMAN, T. E. - *Social Support & Social Conflict* [Em linha]. MacArthur Foundation, Research Network on SES and Health, 1998. Disponível em <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/socsupp.html>
- SEEMAN, T. E. ; CRIMMINS, E. - Social Environment Effects on Health and Aging: Integrating Epidemiologic and Demographic Approaches and Perspectives. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 954 (Dec. 2001) 88-117.
- SEEMAN, T. E. [et al.] - Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 98 : 8 (Apr. 2001) 4770-4775.
- SFI - *Summary of the significance of culture for health: An anthology of examples from research and practice*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health/SFI, 2005. Disponível em <http://www.fhi.se>
- SFI - *The National public health strategy for Sweden in brief*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health/SFI, [2003?]. Disponível em <http://www.fhi.se>

- SFI - *Towards a more healthpromoting health service. Summary of study material, government bills, parliamentary decisions, draft indicators and examples of application.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health/SFI, 2006. Disponível em <http://www.fhi.se>
- SHEEDY, A. [et al.] - *Handbook on Citizen Engagement: Beyond Consultation.* Ottawa: CPRN/Canadian Policy Research Networks, 2008.
- SHELDON, K. M. ; LYUBOMIRSKY, S. - Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies.* 7 : 1 (Mar. 2006) 55-86.
- SILVA, M. E. D. - Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In PAÚL, C. ; FONSECA, A. M., coords. - *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa: Climepsi, 2005, p. 136-156.
- SILVERMAN, M. ; SMOLA, S. ; MUSA, D. - The meaning of healthy and not healthy: Older African Americans and whites with chronic illness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology.* 15 : 2 (June 2000) 139-156.
- SIMON, J. G. [et al.] - How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health.* 15 : 2 (Apr. 2005) 200-208.
- SINGER, B. H. ; RYFF, C. D., eds. - *New Horizons in Health: An Integrative Approach.* Autor organ. National Research Council. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.
- SKELTON, D. ; TODD, C. - *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?* Copenhagen: WHO Europe, HEN report, 2004. Disponível em <http://www.euro.who.int/Document/E82552.pdf>
- SKEVINGTON, S. M. ; SARTORIUS, N. ; AMIR, M. ; WHOQOL-Group - Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology.* 39 : 1 (Jan. 2004) 1-8.
- SKINNER, E. A. - A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology.* 71 : 3 (1996) 549-570.
- SMEDLEY, B. D. ; SYME, S. L., eds. - *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research.* Washington, DC: National Academy Press - Institute of Medicine, 2000.
- SMITH, B. J. ; TANG, K. C. ; NUTBEAM, D. - WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International.* 21 : 4 (2006) 340-345.
- SMITH, G. C. [et al.] - The effects of interpersonal and personal agency on perceived control and psychological well-being in adulthood. *The Gerontologist.* 40 : 4 (Aug. 2000) 458-468.
- SOLAR, O. ; IRWIN, A. - *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health [Em linha]. Geneva: WHO, 2007. Disponível em http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- SOUSA, L. ; FIGUEIREDO, D. - *EUROFAMCARE: National Background Report for Portugal* [Em linha]. Hamburg: EUROFAMCARE/"Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage", Jul. 2004. Disponível em <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/>
- SPRINGETT, J. - Participatory approaches to evaluation in health promotion. In ROOTMAN, I. , ed. [et al.] - *Evaluation in health promotion: principles and perspectives.* Copenhagen: WHO Europe , 2001. Cap. 4, p. 83-105. (European series; 92).
- SPRINGETT, J. ; OWENS, C. ; CALLAGHAN J. - The challenge of combining 'lay' knowledge with 'evidence-based' practice in health promotion: Fag Ends Smoking Cessation Service. *Critical Public Health.* 17 : 3 (2007) 243-256.
- STEGEMAN, I. ; COSTONGS, C. - *Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities in Europe: An Overview of Good Practices from the Health Field.* Brussels: EuroHealthNet, Dec. 2004.
- STEIN, C. ; MORITZ, I. - *A life course perspective of maintaining independence in older age.* Geneva: WHO, 1999. (WHO/HSC/AHE/99.2).
- STEVENSON, J. - *Involving Older People in Health Developments.* London: King's Fund (Briefing Paper 4), 1999.
- STOKOLS, D. [et al.] - Increasing the health promotive capacity of human environments. *American Journal of Health Promotion.* 18 : 1 (2003) 4-13.
- STRAWBRIDGE, W. J. [et al.] - Antecedents of frailty over three decades in an older Cohort. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences.* 53B : 1 (Jan. 1998) S9-16.
- STUCK, A. E. [et al.] - Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine.* 48 : 4 (Feb. 1999) 445-469.
- SUDORE, R. L. [et al.] - Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *Journal of the American Geriatrics Society.* 54 : 5 (May 2006) 770-776.
- SUNDSVALL *Statement on Supportive Environments for Health.* Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991 [Em linha]. WHO. (WHO/HPR/HEP/95.3). Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf
- SWEDEN. National Board of Housing, Building and Planning ; CZECH REPUBLIC. Ministry for Regional Development - *Housing Statistics in the European Union 2004.* Boverket, Feb. 2005.
- SZRETER, S. ; WOOLCOCK, M. - Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology.* 33 : 4 (Aug. 2004) 650-667.

- TAKANO, T. ; NAKAMURA, K. ; WATANABE, M. - Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56 : 12 (Dec. 2002) 913-918.
- TEIXEIRA, M. B. ; LEÃO, S. S. - *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde* [Em linha]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - RJ, Nov. 2002. Disponível em <http://www.sbggrj.org.br/Biblioteca/>
- THAYER, J. F. ; FRIEDMAN, B. H. - A Neurovisceral Integration Model of Health Disparities in Aging. In: ANDERSON, N. B. ; BULATAO, R. A. ; COHEN, B., eds. - *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. Autor organ. National Research Council. Washington, DC: The National Academies Press, 2004. Cap. 15, p. 567-603.
- THE TORONTO Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: WHO, 2002. Disponível em www.who.int/hpr/ageing
- THE UNITED Nations Principles of Older Persons. Resolution 46/91, UN General Assembly, 16 December 1991.
- THOMSON, H. ; PETTICREW, M. - *Is housing improvement a potential health improvement strategy?* Copenhagen: WHO Europe, HEN report, 2005. Disponível em <http://www.euro.who.int/Document/E85725.pdf>
- THURSTON, W. E. [et al.] - Development and testing of a framework for assessing the effectiveness of health promotion. *Soz.- Präventivmed*. 48 : 5 (2003) 301-316.
- TNS OPINION & SOCIAL - *Eurobarómetro 69: Opinião Pública Na União Europeia. Primavera 2008. Relatório Nacional Portugal*. Comissão Europeia, 2008.
- TNS OPINION & SOCIAL - *Special Eurobarometer 273 / Wave 66.3: European Social Reality*. Report. European Commission, Feb. 2007.
- TOMASSINI, C. [et al.] - Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*. 115 (Spring 2004) 24-34.
- TONES, K. - Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*. 17 : 3 (June 2002) 287-290.
- TORSCH, V. L. ; MA, G. X. - Cross-Cultural Comparison of Health Perceptions, Concerns, and Coping Strategies Among Asian and Pacific Islander American Elders. *Qualitative Health Research*. 10 : 4 (July 2000) 471-489.
- TOWNER, E. ; ERRINGTON, G. - *How can injuries in children and older people be prevented?* Copenhagen: WHO Europe, HEN report, 2004. Disponível em <http://www.euro.who.int/Document/E84938.pdf>
- UK. DCLG - *Delivering Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society*. London: Department for Communities and Local Government, Dec. 2008b.
- UK. DCLG - *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society*. London: Depart. for Communities and Local Government, Department of Health, Department for Work and Pensions, Dec. 2008a.
- UK. DH - *National Service Framework - for Older People*. London: DH/Department of Health, March 2001.
- UN - *Report of the Second World Assembly on Ageing*, Madrid, 8-12 April 2002. New York: United Nations, 2002. (A/CONF.197/9).
- UN - *United Nations Principles for Older Persons*. UN General Assembly, Resolution 46/91, Dec. 1991. Disponível em <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>
- UNNATURAL CAUSES: *Is Inequality Making Us Sick? The Unnatural Causes Policy Guide* [Em linha]. California Newsreel, 2008. Disponível em <http://www.unnaturalcauses.org>
- US-DHHS - *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Nov. 2000. Disponível em <http://www.healthypeople.gov>
- VAILLANT, G. E. ; MUKAMAL, K. - Successful aging. *American Journal of Psychiatry*. 158 : 6 (Jun. 2001) 839-848.
- VAN DEN BROUCKE, S. - Practice Built on Evidence: Guidelines and Quality Tools for Health Promotion. In *6th IUHPE European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion: Best Practice for Better Health*, Stockholm, Sweden, 1-4 June 2005 [Em linha]. Disponível em http://www.fhi.se/upload/BestPractice/th1_StephanVandenBroucke.ppt
- VAN KEMENADE, S. - *Social Capital as a Health Determinant. How is it Defined?* Health Canada, March 2003a. (Working Paper Series; 02-07).
- VAN KEMENADE, S. - *Social Capital as a Health Determinant. How is it Measured?* Health Canada, March 2003b. (Working Paper Series; 02-08).
- VEENHOVEN, R. - *Trend Average Happiness in Nations 1946-2006: How much people like the life they live. World Database of Happiness, Trend Report 2007-1* [Em linha]. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2007. Disponível em: http://www.worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/nat_fp.htm
- VIEGAS, J. M. L. - Implicações Democráticas das Associações Voluntárias. O caso português numa perspectiva comparativa europeia. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 46 (2004) 33-50.
- VOHRA, S. [et. al.] - *Health Impact Assessment of greenspace: A Guide*. Stirling: greenspace scotland, June 2008. Disponível em <http://www.greenspacescotland.org.uk>
- VON DEM KNESEBECK, O. ; DRAGANO, N. ; SIEGRIST, J. - Social capital and self-rated health in 21 European countries. *GMS Psycho-Social-Medicine* [online]. 2 : Doc02 (2005). Disponível em: <http://www.egms.de/en/journals/psm/2005-2/>

- VON DEM KNESEBECK, O. ; VERDE, P. E.; DRAGANO, N. - Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*. 63 : 5 (Sep. 2006) 1344-1351.
- VON DEM KNESEBECK, O. [et al.] - Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*. 57 : 9 (Nov. 2003) 1643-1652.
- VON DRAS, D. D. ; BLUMENTHAL, H. T. - Biological, Social-Environmental, and Psychological Dialecticism: An Integrated Model of Aging. *Basic and Applied Social Psychology*. 22 : 3 (2002) 199-212.
- WAHL, H.-W. ; WEISMAN, G. D. - Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*. 43 : 5 (Oct. 2003) 616-627
- WALES. DWP, WAG - *Link-Age In Wales: Joining Up Services For Older People In Wales*. Department for Work and Pensions/DWP, Welsh Assembly Government/WAG, Jun. 2005. Disponível em <http://wales.gov.uk>
- WALES. WAG - *The Strategy for Older People in Wales: 2008-2013. Living Longer Living Better*. Welsh Assembly Government, [2008]. Disponível em <http://wales.gov.uk>
- WALKER, A. - The ESCR Growing Older research programme, 1999-2004. *Ageing & Society*. 24 : 5 (Sep. 2004) 657-674.
- WALKER, R. B. ; HILLER, J. E. - Places and health: A qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Social Science & Medicine*. 65 : 6 (Sep. 2007) 1154-1165.
- WALLERSTEIN, N. - *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Europe, HEN report, 2006. Disponível em <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
- WALLERSTEIN, N. ; SANCHEZ, V. ; VELARDE, L. - Freirian Praxis in Health Education and Community Organizing. In MINKLER, M., ed. - *Community Organizing and Community Building for Health*. 2nd ed. Rutgers University Press, 2005. Cap. 12, p. 218-236.
- WALTERS, R. ; DRURY, E. - *Proven Strategies to Improve Older People's Health: Guidelines for Policy-makers in the European Union*. A Eurolink Age report. London [etc.]: Eurolink Age, 1999.
- WANG, C. ; SATARIANO, W. A. - Self-Rated Current and Future Health Independently Predict Subsequent Mortality in an Aging Population. *The Journals of Gerontology: Series A : Biological sciences and medical sciences*. 62A : 12 (Dec. 2007) 1428-1834.
- WEBER, G. [et al.] - *Self resources in advanced and old age* [Em linha]. Ageing Well: European Study of Adult Well Being, Nov. 2003. (Research Summary Series; 4). Disponível em <http://esaw.bangor.ac.uk/summaries.htm>
- WEN, M. ; CAGNEY, K. A. ; CHRISTAKIS, N. A. - Effect of specific aspects of community social environment on the mortality of Individuals diagnosed with serious illness. *Social Science & Medicine*. 61 : 6 (Sep. 2005) 1119-1134.
- WHITEHEAD, M. ; DAHLGREN, G. - *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: WHO Europe, 2006. (Studies on social and economic determinants of population health; 2)
- WHITEHEAD, M. ; DIDERICHSEN, F. - Social capital and health: tip-toeing through the minefield of evidence. *The Lancet*. 358 : 9277 (Jul. 2001) 165-166.
- WHO - *A strategy to prevent chronic disease in Europe - A focus on public health action: The CINDI vision*. Copenhagen: WHO Europe, 2004.
- WHO - *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO, 2002a. (WHO/NMH/NPH/02.8).
- WHO - *Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities*. WHO, 2007b. (WHO/FCH/ALC/2007.1).
- WHO - *Global Age-friendly Cities: A Guide*. WHO, 2007a.
- WHO - *Growing Older - Staying Well. Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: WHO, 1998a. (WHO/HPR/AHE/98.1).
- WHO - *Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Europe, 1998b. (European Health for All Series; 5).
- WHO - *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Europe, 1999. (European Health for All Series; 6).
- WHO - *Highlights on health in Portugal 2004*. Copenhagen: WHO Europe, 2006. <http://www.euro.who.int/highlights>
- WHO - *Innovative care for chronic conditions. Meeting report*. 30-31 May 2001. Geneva: WHO, 2001. (WHO/MNC/CCH/01).
- WHO - *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report*. Geneva: WHO, 2002c. (WHO/MNC/CCH/02.01). Versão em português: Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação. Brasília: OMS, 2003.
- WHO - *Investing in mental health*. Geneva: WHO, 2003.
- WHO - *Lessons for Long-Term Care Policy*. Geneva: WHO, 2002b. (WHO/NMH/CCL/02.1).
- WHO - *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: WHO, 2008.
- WHO - *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen: WHO Europe, 2005. (European Health for All Series; 7).

- WHO ; ILC-UK - The implications for training of embracing: a life course approach to health. WHO, 2000. (WHO/NMH/HPS/00.2).
- WHO ; INPEA. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO, 2002.
- WHO ; MMF - *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*. WHO and the Milbank Memorial Fund, 2000.
- WHO ; TUFTS UNIVERSITY SCHOOL OF NUTRITION AND POLICY - *Keep fit for life: Meeting the nutritional needs of older persons*. Geneva: WHO, 2002.
- WHO-ECEH - *Housing and health regulations in Europe*. Final report. WHO Europe, ECEH/European Centre for Environment and Health - Bonn Office, July 2006.
- WHO-ECEH - *WHO technical meeting on "Housing-Health Indicators". Results of review and data availability screening in Member States*. Rome, Italy, 15-16 January 2004. WHO Europe, ECEH - Bonn Office, 2004.
- WHO-EUROPE - LARES/Large Analysis and Review of European housing and health status. Preliminary overview. Copenhagen: WHO Europe, 2007.
- WHS *World Health Survey - Report of Portugal* [Em linha]. WHO, [2006?]. [Consult. 06-04-2008]. Disponível em <http://www.who.int/entity/healthinfo/survey/whsprt-portugal.pdf>
- WILCOX, S. [et al.] - Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54 : 9 (Sep. 2000) 667-672.
- WILK, E. A. van der - *Life expectancy at birth, men/women, 1995-2003 (tables)* [Em linha]. In: EUPHIX, EUphact. Bilthoven: RIVM, actual. 11-02-2008. Disponível em: <http://www.euphix.org>
- WILKINSON, R. ; MARMOT, M. - *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. Copenhagen: WHO Europe, 2003.
- WILKINSON, R. G. - Socioeconomic status and health. In ZIGLIO, E. [et al.], eds. - *Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants*. WHO, Regional Office for Europe, 2002. p. 13-31. (Studies on social and economic determinants of population health; 1)
- WILKINSON, R. G. ; PICKETT, K. E. - Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*. 62 : 7 (Apr.2006) 1768-1784.
- WILLIAMS, G. H. - The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*. 25 : 3 (April 2003) 131-154.
- WILLS, J. ; DOUGLAS, J. - Health promotion: still going strong? *Critical Public Health*. 18 : 4 (Dec. 2008) 431-434.
- WILSON, K. [et al.] - Linking perceptions of neighbourhood to health in Hamilton, Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58 : 3 (Mar. 2004):192-198.
- WISTOW, G. ; WADDINGTON, E. ; GODFREY, E. - *Living Well in Later Life: From Prevention to Promotion*. Leeds: Nuffield Institute for Health, 2003.
- WOLF, R. ; DAICHMAN, L. ; BENNETT, G. - Abuse of the elderly. In KRUG, E. G. [et al.] - *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002. Cap. 5, p.124-145.
- WOODARD, G. B. [et al.] - *Health Promotion Capacity Checklists: A Workbook for Individual, Organizational and Environmental Assessment* [Em linha]. Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan, April 2004. Disponível em <http://www.usask.ca/healthsci/che/prhprc/programs/finalworkbook.pdf>
- WROSCH, C. ; HECKHAUSEN, J. ; LACHMAN, M. E. - Primary and Secondary Control Strategies for Managing Health and Financial Stress Across Adulthood. *Psychology and Aging*. 15 : 3 (2000) 387-399.
- WROSCH, C. [et al.] - Self-Regulation of Common Age-Related Challenges: Benefits for Older Adults' Psychological and Physical Health. *Journal of Behavioral Medicine*. 29 : 3 (June 2006) 299-306.
- ZIERSCH, A. M. [et al.] - Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Social Science & Medicine*. 60 : 1 (Jan. 2005) 71-86.
- ZIGLIO, E. ; HAGARD, S. ; GRIFFITHS, J. - Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International*. 15 : 2 (June 2000) 143-154.